NUMER POŚWIĘCONY PROF. D-WI TEOFILOWI ZALEWSKIEMU
W 25-tą ROCZNICĘ JEGO PRACY PEDAGOGICZNEJ.

TOM VIII. ZESZYT 3—4.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „
„ obecnego „ 12 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUK. „PAX". WILNO. ŚW IGNACEGO Nr 5.

TREŚĆ NUMERU.

TOM VIII. ZESZYT 3—4.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY



Profesor Dr. TEOFIL ZALEWSKI urodził się dnia 26 X. 1872 r. w Gąbinie, w powiece gostyńskim obok Płocka.

Gimnazjum ukończył w Płocku w roku 1890, gdzie otrzymał świadectwo dojrzałości. Studja lekarskie odbywał początkowo w Warszawie, lecz w roku 1894 za udział w obchodzie ku czci Kilińskiego był aresztowany i osadzonyw więzieniu. Po upływie 4 miesięcy miał być ze względów politycznych wywieziony w głąb Rosji, skorzystał jednak z zezwolenia na pożegnanie się z rodziną i uciekł do Krakowa. W Krakowie zapisuje się ponownie na dalsze studja lekarskie i kończy je w roku 1896, otrzymując dyplom doktora wszechnauk lekarskich. Przez pierwsze 2 lata po uzyskaniu dyplomu pracował w Klinice chirurgicznej w Krakowie i Lwowie pod kierunkiem Prof. D-ra Rydygiera. W r. 1898 udał się na studja do Wiednia i tam pracował w Klinice Prof. D-ra Politzera, Urbantschitscha i Chiariego. W końcu roku 1899 powrócił do Lwowa i wstąpił napowrót do Kliniki chirurgicznej, gdzie jeszcze przez 2 lata prawie wyłącznie zajmował się chirurgją a tem samem przyswoił sobie gruntownie nowoczesną technikę operacyjną. W czasie wakacyj r. 1900 spędził 2 miesiące w Klinice Prof. Lucae'go w Berlinie i w Poliklinice dla chorób mowy D-ra Gutzmanna.

Od r. 1900 do 1908 prowadził w Klinice chirurgicznej lwowskiej ambulatorjum chorób usznych i gardlanych. W r. 1907 habilitował się do chorób usznych na podstawie pracy: „Badania nad wytrzymałością błony bębenkowej“, ogłoszonej również i w języku niemieckim w „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“ i od tego czasu wykładał w półroczu letniem: „O metodach badania organu słuchu“, a w zimowem: „Patologję i terapję chorób uszu“.

Przez czas wojny służył jako lekarz wojskowy i był kierownikiem Oddziałów oto-laryngologicznych w Opawie, Ołomuńcu i Lwowie. Od listopada 1918 służy w wojsku polskiem jako pułkownik-lekarz, biorąc udział w obronie Lwowa, i pracując następnie jako kierownik oddziału oto-laryngologicznego oraz chirurgicznego dla postrzałów głowy i szyi.

W roku 1917 otrzymał tytuł Profesora nadzwyczajnego a w 1919 po ustąpieniu Prof. Jurasza zostaje mianowany Profesorem nadzwyczajnym na katedrze oto-laryngologji; w r. 1923 otrzymał tytuł Profesora zwyczajnego. Po objęciu katedry Prof. Zalewski skierował wszystkie swoje usiłowania i dążenia w tym kierunku, ażeby otrzymać stałą klinikę oto-laryngologiczną, gdyż dotychczas czynna była tylko poliklinika. Usilne zabiegi i starania Profesora Zalewskiego zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż otrzymał od Minister-

stwa Spraw Wojskowych budynek, jako przeznaczenie dla prowizorycznego pomieszczenia Kliniki. Po uzyskaniu odpowiednich kredytów na adaptację tego budynku, udało się wreszcie po przezwyciężeniu różnych trudności w roku 1924 w maju otworzyć stałą Klinikę Otolaryngologiczną z pomieszczeniem na 40 chorych. Od tego czasu jako kierownik tej Kliniki rozwija Prof. Zalewski żywą działalność nad wytworzeniem jaknajbardziej nowoczesnych warunków pracy, zaopatrując Klinikę w najnowsze urządzenia. Pracuje też nad wyszkoleniem odpowiednich sił naukowych i pomocniczych.

Od tego też czasu Klinika Oto-laryngologiczna Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie pod kierownictwem Prof. Zalewskiego, wydała szereg biegłych specjalistów w oto-laryngologji oraz przysporzyła polskiej oto-laryngologji szereg prac naukowych, opartych na materjale klinicznym, wydanych przez Niego i Jego uczniów.

Działalność naukowa Prof. Zalewskiego zaznaczyła się w dwuch wybitnych kierunkach a mianowicie w kierunku doświadczalnym i klinicznym. Będąc uczniem i współpracownikiem Prof. Cybulskiego, przejął od swego nauczyciela zamiłowanie do fizjologji, do której też później — jako klinicysta w badaniach doświadczalnych — chętnie powraca. Działalność naukowa w kierunku doświadczalnym zaznaczyła się w pracach, ogłoszonych pod tytułem: „Wpływ wstrzykiwań peptonu do żyły na układ krwionośny i inne funkcje organizmu“ Akadem. Umiej. r. 1897, „Badania doświadczalne nad wytrzymałością błony bębenkowej“ r. 1903, „O oczopląsie cieplikowym na podstawie własnych badań“ Lwowski Tygodnik lek. (r. 1914), „Wpływ okładów zimnych i ciepłych na ciepłotę przewodu zewnętrznego słuchowego“ Gazeta lek. (r. 1917), „Badania doświadczalne nad zdolnością resorpcyjną jamy bębenkowej“ Ref. zjazdu przyr. r. 1907, oraz „Badania nad wpływem zwężeń górnych dróg oddechowych na narząd krążenia“ Ref. zjazdu przyr. i lek. XII (r. 1925).

W pracach klinicznych podaje nowe metody postępowania operacyjnego lub nowe przykłady operacyjne, jak n. p.: „Nowy przyrząd do operowania polipów usznych (Przegl. lek. 1900), „Nowy sposób postępowania przy operacji doszczętnej ucha środkowego“, „Śródkrtaniowe wyłuszczenie włókniaka krtani“ Przegl. lekarski 1903, „Przyczynek do operacji torbieli zębowych szczęki górnej“. Ponadto ogłasza szereg prac klinicznych, obejmujących rzadkie przypadki chorobowe lub też obejmujących pewne zagadnienie kliniczne na podstawie większej liczby przypadków. Tu należy wymienić prace pod

tytułem „Dwa przypadki tracheotomji z powodu kiły krtani“ (Przegl. Lek. 1901), „O leczeniu polipów usznych“ (Gazeta lekarska, 1901), „Przypadek podwójnego pęknięcia błony bębenkowej wskutek uderzenia“, „Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atyko-antrotomji“, „Przypadek ropnia okołomózgowego pochodzenia nosowego“ (Przegl. lek. 1902), „Śródkrtaniowe wyłuszczenie włókniaka krtani“ (Przegl. lek. 1903 i Arch. f. Laryngol. Br. 16. 1903), „Przypadek błony podwięzadłowej“ (Archiw. f. Laryngol. 1903), „W sprawie operacji przerosłego migdałka gardłowego przy głuchoniemocie“ (Nowiny lekarskie 1908), „W sprawie postępowania pooperacyjnego po atyko-antrotomji“ (Nowiny lekarskie, 1908), „Przyczynek do operacyj wewnątrzusznych“ (Lwowski Tygodnik lek. 1910), „Schorzenia narządu słuchowego i górnych dróg oddechowych i wpływ ich na zdolność do służby wojskowej“ (Wiener Mediz. Wochenschr 1917), „Experimentelle Untersuchungen über die Resorbtionfähigkeit der Trommelhöle“, (Monatschrift f. Ohrenheil. 1917, Bd. 17), „Przypadek bliznowatego zwężenia przewodu usznego“ (Lwowski Tyg. Lek. 1920), „O uszkodzeniach postrzałowych narządu słuchowego“ (Pol. Gaz. Lek. 1922), „Erkrankungen des Gehörorgans bei Typhus exanthematicus“ (Monatschr. f. Ohrenheil. 1922), „Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu ostrych spraw zapalnych w wyrostku sutkowym“ (Pol. Gaz. Lek. 1924), „Nowy sposób postępowania przy operacji doszczętnej ucha środkowego“ (Liecnicki Viestnik 1926), „Przyczynek do operacji torbieli zębowych szczęki górnej“ (Pol. Gaz. Lek. 1927), „Twardziel pod względem klinicznym“ Księga pam. I Zjazdu ogólnosłow. 1927), „Die Denkersche Operation bei der Behandlung der oberen Kieferzysten“ (Monatschr. Bd. 64. 1930), „Prąd djatermiczny i jego znaczenie w ostrem zapaleniu ucha środkowego i wyrostka sutkowego“. (1931).

Poza pracą kliniczną Prof. Zalewski poświęca swój wolny czas pracy w organizacjach społecznych i politycznych. W latach powojennych był jednym z organizatorów Związku Oficerów Rezerwy Ziem południowo-wschodnich, o którym wiedział, że będzie ostoją społeczeństwa polskiego na kresach. Uważa bowiem zawsze i podkreśla to, że o losach Państwa mają decydować ci, którzy poświęcali swe życie dla Ojczyzny, a więc i Oficerowie Rezerwy. Jest też od 7 lat corocznie wybierany na prezesa Okręgu Związku Oficerów Rezerwy Ziem południowo-wschodnich. Za zasługi na polu pracy narodowo społecznej piastuje godność Senatora Rzeczypospolitej Polskiej. W świecie lekarskim jest powszechnie szanowanym i wysoce cenionym.

Obdarzony był godnością Prezesa Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1923. W roku 1927 był dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. K. — Jest Jednym z najstarszych członków Lwowskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego i obecnej Sekcji Lwowskiej Polskiego Tow. Otolaryngologicznego, której godność prezesa piastuje od założenia. W roku 1922 i 1923 był Prezesem Polskiego Tow. Otolaryngologicznego i dokładał wszelkich starań, by doprowadzić do zgody wszystkich członków dla dobra i rozwoju Towarzystwa i nauki polskiej. W roku 1929 członkowie Polskiego Tow. Otolaryngologicznego obdarzyli Profesora Zalewskiego najwyższą godnością Członka honorowego tegoż Towarzystwa.

W tym roku Jego 35-letniego jubileuszu pracy naukowej oraz 25-letniego pracy pedagogicznej i 60-tej rocznicy urodzin, składają Mu hołd wszyscy Jego uczniowie jako najbliżsi współpracownicy, przyjaciele i koledzy oraz życzenia jak najserdeczniejsze długoletniej jeszcze pracy dla dobra nauki polskiej i kształcącej się młodzieży.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Ze Szpitala na Zawodziu w Częstochowie.

Zakrzepowe zapalenie zatoki mózgowej bez widocznych zmian w uchu środkowem i w wyrostku.

Podał Dr. L. BATAWIA (Częstochowa).

Wymagające operacji ostre zapalenie wyrostka sutkowego bez procesu ropnego w uchu środkowem spotykamy niezbyt rzadko. Ze strony wyrostka mamy w takich przypadkach większość objawów, przemawiających za ropnem jego zapaleniem, a więc: bolesność przy ucisku, nacieczenie, częste chełbotanie, opuszczenie tylnej górnej ściany przewodu usznego, podniesioną ciepłotę; natomiast w uchu środkowem może nie być żadnych zmian, lub też są one minimalne: lekkie częściowe przekrwienie błony bębenkowej bez wypuklenia. Jeżeli dokładnie zbierzemy w takich przypadkach wywiady, to dowiemy się, że chory przed pewnym czasem odczuwał krótkotrwały,

przemijający ból w uchu, szum i osłabienie słuchu; niekiedy chory opowiada, że po krótkotrwałym bólu zauważył przez 2—3 dni wydzielinę z ucha, która szybko ustąpiła wraz z innemi objawami subjektywnemi. Jasnem jest, że zapalenie wyrostka sutkowego w takich przypadkach jest procesem wtórnym: drobnoustroje przez trąbkę *Eustachjusza* dostają się do jamy bebenkowej, lecz tu nie wykonywują swej niszczycielskiej pracy i szybko przechodzą przez jamę sutkową do komórek sutkowych, gdzie znajdują odpowiedniejsze dla swego rozwoju podłoże; zarazki zdążą jedynie, że tak powiem, zlekka musnąć ucho środkowe, aby z tem większą siłą zaatakować wyrostek.

Niekiedy proces ropny w wyrostku rozwija się bardzo wolno, a ucho środkowe w tymże okresie wykazuje te same drobne zmiany, które opisaliśmy wyżej. Przez dłuższy przeciąg czasu wahamy się, czy postawić wskazanie do operacji, i dopiero po wielu tygodniach występuje bolesność wyrostka, zatarcie jego granic kostnych i inne objawy, świadczące o konieczności interwencji chirurgicznej. Jest to ten dobrze nam znany powolny i zdradliwy przebieg pozornie niewinnego zapalenia ucha środkowego, t. zw. otitis lenta, otitis latens, które przechodzi na kość i często daje poważne powikłania wewnątrzczaszkowe. Przypuszczano dawniej, że proces ten wywołuje streptococcus mucosus, jednakże badania *Kobraka*, *Urbantschitscha*, *Wirtha*, *Eisingera*, *Lambrakisa*, a u nas *Wąsowskiego* i *Rozenfelda* wykazały, że i inne drobnoustroje wywołują taki sam przebieg choroby ucha. *Rozenfeld* badał w 9-ciu przypadkach otitis lenta ropę i tylko w jednym z nich udało mu się wykryć streptoc. mucosus; u dwóch chorych znalazł paciorkowce hemolizujące, w pozostałych przypadkach wykrywał przeważnie pneumokoki.

Stosunkowo nieliczne są te przypadki, w których tak ze strony ucha środkowego, jak i wyrostka nie znajdujemy żadnych objawów zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych o procesie ropnym, a mimo to nagle występują ciężkie powikłania wewnątrzczaszkowe. Jeżeli u takich chorych znajdujemy zmiany chorobowe i w innych narządach, to postawienie właściwego rozpoznania może nastręczać wielkie trudności, i zabieg operacyjny przez to może być opóźniony.

Pozwolę sobie przytoczyć dwa obserwowane przeze mnie przypadki ciężkiego septycznego zakrzepowego zapalenia zatok mózgowych bez widocznego zajęcia ucha środkowego i wyrostka.

I. A. K. lat 25 urzędnik biurowy, przyjęty do szpitala dn. 22 grudnia 1930 r. Siostra przechodziła coxitis, sam dotychczas poważ-

nie nie chorował. Przed miesiącem zachorował na grypę, która trwała 4 dni. Bolało go wówczas przemijająco niezbyt silnie prawe ucho, żadnego wycieku wówczas nie było. Po tygodniu ponowiły się bóle w tymże uchu, i przez kilka dni wydzielała się podobno ropa; wahania ciepłoty były nieznaczne 37^0 — $38{,}8^0$. Przed 10-ma dniami, już po zlikwidowaniu choroby ucha nagle wystąpiły dreszcze z podniesieniem ciepłoty powyżej 40^0 z następnym spadkiem do 36^0. Od owego dnia dreszcze z podniesieniem ciepłoty i spadkiem poniżej normy powtarzały się codziennie lub co drugi dzień. Jednocześnie wystąpiły obrzęki obu stawów barkowych, prawego napięstkowego i prawego łokciowego. Stwierdzono też prawostronne zapalenie płuc. Przed tygodniem po raz pierwszy widziałem chorego. Nie skarżył on się wcale na ból ucha. Bębenek prawy lekko przekrwiony w górnej tylnej części, pozostała część błony niezmieniona; wyrostek sutkowy nie zmieniony, nie bolesny przy ucisku. Mimo braku objawów chorobowych ze strony ucha środkowego i wyrostka postawiłem na podstawie wywiadów rozpoznanie zakrzepowego zapalenia zatoki mózgowej z przerzutami w stawach. Na operację nie zgodzono się, i chory pozostawał jeszcze przez tydzień pod opieką internistów. 20-go wykonałem paracentezę; wysięku w jamie bębenkowej nie było; nazajutrz usunąłem suchy sączek. Dn. 22.XII 1930 r. zapisał się do szpitala. Chory średniego wzrostu, blady, wycieńczony. T. $40{,}4^0$ tętno równe 128 na minutę. Obrzmienie stawów lewego barkowego i obu napięstkowych, w innych stawach rąk ruchy bolesne; oprócz nieżytu oskrzeli innych zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Ucho lewe normalne. W uchu prawem ropy niema, otwór po paracentezie zarośnięty, wyrostek nie nacieczony, nie bolesny przy ucisku, skóra nad nim nie zaczerwieniona, tylna górna ściana przewodu usznego nie opuszczona. Słuch po stronie prawej nieco osłabiony.

Dnia 23.XII. Operacja. Ze względu na zmiany w stawach najpierw podwiązałem prawą żyłę jarzmową, a następnie przystąpiłem do trepanacji wyrostka. Antrum nie zawierało ani ropy, ani ziarniny, wyrostek cały silnie przekrwiony, komórki rozszerzone, jedynie w okolicy tylnej jamy czaszkowej kość na niewielkiej przestrzeni rozmiękczona, zawiera ziarninę; ropy niema. Obnażenie zatoki esowatej na dużej przestrzeni: ku górze do zagięcia, ku dołowi do opuszki. Ściana zatoki bez zmian, punkcja jej dała wynik ujemny. Po przecięciu zatoki wydobyłem pincetą podłużne skrzepy, poczem krew wytrysnęła silnym strumieniem. Tamponada.

Dn. 24.XII. rano T. 37,2° wieczorem T. 36° samopoczucie niezłe, dreszczu nie było.

Dr. 25.XII. rano T. 37,2° wieczorem T. 37,3°.

Dn. 29.XII. rano T. 37° zmiana opatrunku, zdjęcie szwów na szyi; wieczorem T. 37,1°; skarży się na bóle w stawach. Injekcja mleka.

W dalszym przebiegu zmieniano opatrunki co drugi dzień; rany goją się prawidłowo, ciepłota nie przekraczała 37°; ze względu na zmiany w stawach zastrzykiwano co trzeci dzień mleko.

Dn. 6.I. 1931 r. rano T. 39,2° obrzmienie i bolesność lewego stawu biodrowego. Zastrzyknięto propidon. Po trzech dniach ciepłota stopniowo opadła do normy, lecz bóle w stawach stawały się z dniem każdym dokuczliwsze, wystąpiły obrzęki stawów obu dolnych kończyn.

Do połowy lutego stosowano co drugi dzień injekcje Argentolu. Ciepłota stale poniżej 37°. Obrzęki stawów barkowych i stawów prawej dolnej kończyny ustąpiły, natomiast silnie obrzękłą jest cała lewa dolna kończyna i bardzo bolesna przy ruchach. Rana na szyi zagojona.

Dn. 1.IV. 1931 r. Rana za uchem zagojona, słuch normalny. Ankyloza lewego stawu napięstkowego, duża bolesność i obrzęk stawu biodrowego lewego. Röntgen wykazuje w stawie napięstkowym zrosty kości, w lewym stawie biodrowym znaczny ubytek główki kości biodrowej; lewa kończyna krótsza o 2 cm.

Z powodu choroby stawów chory pozostawał w szpitalu do 27-go czerwca. Przy wypisaniu nie opuszczał jeszcze łóżka. W sierpniu pacjent nasz przeprowadził kurację w Busku, a w styczniu r. b. w Piszczanach. Chorego widziałem w marcu r. b. Chodzi nieźle, pozostały jednakże ankylozy obu wspomianych stawów.

II. I. K. żona żołnierza lat 21, zapisała się do szpitala dnia 13-go stycznia 1931 r. Od kilku lat, od czasu do czasu występowało ropienie z prawego ucha, które ustępowało na długi okres czasu. Przed dwoma tygodniami zabolało chorą ucho, i zaraz potem wystąpiły silne bóle głowy, nie dające się uśmierzyć żadnemi środkami. Temperatura skacząca z dreszczami, bezsenność. Badanie chorej dnia 8.I. nie wykazało w uchu prawem ropy, bębenek lekko przekrwiony w górnej swej części, nienacieczony; w dolnej połowie czysty, normalnej barwy. Wyrostek nie obrzękły, nie bolesny na ucisk; przy opukiwaniu czaszki wrażliwość za prawym wyrostkiem u brzegu kości

potylicznej. Wykonana dnia 8.I. paracenteza nie wykryła ani ropy, ani innego płynu w jamie bębenkowej.

Dn. 13.I. 1931 r. chora przybyła do szpitala. Skarży się na silne bóle głowy, umiejscowione zwłaszcza w tyłogłowiu. T. 39,6^0. Tętno 120 na minutę, miarowe. Chora średniego wzrostu, miernie odżywiona, blada. Badanie neurologiczne i narządów wewnętrznych nie wykazuje nic anormalnego. Na ucho nie skarży się Bębenek normalnej barwy, miejsce paracentezy zagojone, wydzieliny z ucha niema. Wyrostek nie nacieczony, nie wrażliwy na ucisk ani na opukiwanie, jedynie wrażliwe na ucisk miejsce wyczuwa się poza wyrostkiem prawym.

Dn. 14.I. Operacja — trepanacja wyrostka sutkowego prawego Wyrostek okazał się pneumatyczny, w większej swej części zropiały. Ropa cuchnąca. Otworzono średnią jamę czaszkową, która jest pokryta niezmienioną oponą. Obnażenie tylnej jamy czaszkowej na przestrzeni dwuzłotówki. Zewnętrzna ściana zatoki esowatej pokryta grubym szarym nalotem. Punkcja zatoki dała wynik ujemny. Zatokę przeciąłem podłużnie na przestrzeni 2 cm. i wydobyłem z niej zropiałe cuchnące odbarwione skrzepy, sięgające aż do opuszki. Po zatamponowaniu rany podwiązałem żyłę jarzmową poniżej ujścia żyły twarzowej.

Dn. 15.I. rano T. 39.6^0 wieczorem T. 39,5^0 dreszczu nie było.

Dn. 16.I. rano T. 39,2^0 wieczorem T. 39^0.

Samopoczucie chorej nie uległo poprawie, bóle głowy, tętno przyśpieszone.

Codziennie injekcje dożylne argochromu.

Dn. 19.I. Zmiana opatrunku. Rana za uchem pokryta brudno szarym nalotem; wydzielina z rany skąpa, silnie cuchnąca T. rano 38,4^0 wieczorem dreszcz T. 40^0.

Codzienna zmiana opatrunku. Wygląd rany nie zmienia się. Częste dreszcze.

Ciepłota waha się między 39^0 i 40^0. Bóle głowy nie ustępują.

Dn. 21.I. T. rano 40,3^0 wieczorem 38^0. Tętno 106. Punkcja mózgu ze strony średniej i tylnej jamy czaszkowej w kilku kierunkach nie wykrywa ropy. Chora chwilami nieprzytomna. Codzienne zastrzyki naprzemian cylotropiny i argentolu.

Dn. 29 I. Stwierdzono naciek tyłogłowia poza raną operacyjną wielkości śliwki. Cięcie. Wydobyto surowiczo-ropną ciecz.

Ciepłota waha się między 38^0 i 39^0, tętno 100—120 małe; osłabienie z dniem każdym większe; rana po trepanacji cuchnie, nie goi się.

Z rany za uchem wydziela się obficie płyn mózgowo-rdzeniowy (przetoka opony mózgowej).

Dn. 7.II. W stanie ciężkim na żądanie i odpowiedzialność rodziny chorą wypisano ze szpitala.

Po trzech dniach chora zmarła.

Oba opisane przypadki należą do kategorii ciężkich zapaleń septycznych zatok mózgowych: w pierwszym przypadku choroba przykuła do łóżka na ośm miesięcy zdrowego dotychczas młodego człowieka i doprowadziła do kalectwa, w drugim przypadku ta sama postać chorobowa spowodowała śmierć chorej. W pierwszym przypadku zakrzepowe zapalenie zatoki wystąpiło ostro po 20-tu dniach od zachorowania na grypę. Podczas operacji jama sutkowa i wyrostek wykazały bardzo małe zmiany, i zaledwie na nieznacznej przestrzeni kość była rozmiękczona, ropy nie znaleziono. Widocznie proces zapalny nie zdążył się tu jeszcze należycie rozwinąć i doprowadzić do zniszczenia i zropienia kości. Był to drugi podług O. Meyera okres zapalenia wyrostka, kiedy niema jeszcze miejsca ani większe rozmiękczenie, ani zropienie kości, a który mimo to i w tym okresie dać może ciężkie powikłania wewnątrzczaszkowe.

W drugim naszym przypadku mieliśmy do czynienia ze sprawą przewlekłą, która nagle zaostrzyła się. Powtarzające się od czasu do czasu ropienie z prawego ucha środkowego bez wyraźnych objawów przeszło na wyrostek, powodując tu zniszczenie i zropienie kości, a w dalszym swym pochodzie niszczycielskim proces chorobowy przeszedł i na zatokę esowatą, wywołując zakrzepy. Cały ten proces odbywał się powoli bez poważnych zaburzeń, bo chora prócz występującego od czasu do czasu ropienia z ucha żadnych nie doznawała przedtem dolegliwości. I oto nagle jakiś nieznany nam insult pobudził do życia jakby drzemiące dotychczas bakterje, które z wielką siłą zaatakowały organizm, co uwidoczniło się nagłemi dużemi wahaniami ciepłoty, dreszczami, silnym bólem głowy i znacznem osłabieniem chorej. Że proces zakrzepowy w zatoce miał miejsce przed wystąpieniem ostatnich ostrych objawów, świadczą o tem odbarwione zropiałe skrzepy w zatoce i zmieniona nekrotycznie zewnętrzna ściana zatoki. Na tak głębokie zmiany potrzeba więcej, niż 2 tygodnie czasu.

Obydwa przypadki ciekawe są wreszcie pod tym względem, że w momencie, kiedy wystąpiły groźne objawy chorobowe, nie mogliśmy skonstatować ani zapalenia ucha środkowego, ani zajęcia wyrostka. Sami chorzy na uszy się nie skarżyli i jakby zapomnieli o przebytem cierpieniu uszu; tylko najdokładniej zebrane wywiady pozwoliły mi

zorjentować się w sytuacji i powiązać ciężki stan chorych z poprzednim cierpieniem usznem. Trudno też było w obu przypadkach z powodu braku objawów ze strony uszu przekonać otoczenie chorych o konieczności operacji, i dlatego w obu przypadkach operacje były opóźnione.

U obu chorych obok otitis latens mieliśmy mastoiditis latens.

Prof. D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Przypadek śródbłoniaka podniebienia.

Podał Dr. TADEUSZ CEYPEK.

Do kliniki zgłosił się chory, mający lat 37, robotnik, uskarżając się na guz w jamie ustnej i na powiększenie gruczołów na szyi po lewej stronie. W wywiadach podaje, że przed 4 laty zauważył guz na podniebieniu, powoli się powiększający, nie utrudniający jednak ani mowy ani połykania. Obecnie po zapaleniu gardła, które przebył przed 3 tygodniami, wystąpiło powiększenie gruczołów na szyi po lewej stronie. Nie kaszle, łaknienie dobre, chorób wenerycznych nie przebywał. Z obawy przed pogorszeniem się lub powikłaniami zgłasza się do kliniki.

Stan obecny: Nos: przerost błony śluzowej, zwłaszcza na muszlach dolnych, utrudniający oddech.

Jama ustna: na podniebieniu miękkiem po stronie lewej stwierdza się guz, wielkości prawie jaja kurzego, barwy otaczających błon śluzowych, niezaczerwieniony. W dole guza owrzodzenie wielkości jednogroszówki, o brzegach podminowanych. Pozatem powierzchnia gładka. Konsystencja twarda, chełbotania nie stwierdza się. Podniebienie miękkie po stronie lewej mniej ruchome.

Jama nosowo-gardłowa: guz zasłania częściowo lewy otwór nozdrzy tylnych.

Gardziel i krtań: bez zmian.

G r u c z o ł y p o d s z c z ę k o w e: po stronie lewej macalne twarde, wielkości orzecha laskowego, lekko bolesne.

N a r z ą d y w e w n ę t r z n e: bez zmian.

Pobrano wycinek. Badanie histologiczne (Zakład Anatomji Patologicznej U. J. K. Dyr. Prof. W. Nowicki): badany guz z podniebienia przedstawia utkanie śródbłonka (*endothelioma*). Wśród podścieliska łącznotkankowego stwierdza się pasma i szeregi komórek wielkich, wydłużonych, ciemno się barwiących i układających dookoła większych i mniejszych szczelinek pod postacią jednej lub kilku warstw. Miejscami szczelinek już nie widać, a wybujałe śródbłonki tworzą pełne ogniska komórkowe. Światła szczelinek są puste, lub wykazują pojedyncze i grupkami leżące złuszczone komórki śródbłonkowe. Brak w świetle ciałek czerwonych krwi przemawia za śródbłoniakiem wychodzącym najprawdopodobniej z naczyń chłonnych,

R o z p o z n a n i e: Śródbłoniak podniebienia (*Endothelioma palati*).

W literaturze spotykają się przypadki śródbłoniaka wogóle a zwłaszcza na podniebieniu miękkiem, stosunkowo rzadko. W ostatnich latach opisali przypadki takie na podniebieniu S u c h a n e k (1923), F i n d e r (1923), H i r s c h (1926), F u s a r i (1926), V o l f k o-



vits (1926), Murata (1928), Tadaki (1929), Wąsowski (1925) Magnan (1927).

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że opisy ogłaszanych przypadków nie zawsze są dokładne, nie wszystkie były badane histologicznie i że pod nazwę „śródbłoniak“ z powodu nieścisłego określenia i różnorodności zapatrywań, podciągane bywają i inne nowotwory, to liczba ich będzie jeszcze mniejszą.

Borst określa śródbłoniak jako nowotwór dobrotliwy, o powolnym wzroście, nie dający przerzutów, natomiast z dużą skłonnością do nawrotów w tem samem miejscu. Jest to określenie kliniczne o bardzo szerokich granicach.

Pod względem histopatologicznym za śródbłoniaki przyjmuje się takie nowotwory, które są zbudowane ze śródbłonków naczyń, i posiadają zdolność tworzenia naczyń zawierających, ciecz plazmatyczną: krew lub limfę (Fischer i Wasels). Nowicki, Blumenfeld i Jaffé i inni uważają, że rozpoznać śródbłoniak można tylko wtedy, kiedy wykaże się w preparacie komórki śródbłonkowe. Pod względem więc histologicznym śródbłoniak jest zasadniczo ścisle określony. Lecz i tu napotyka się trudności, gdyż w nowotworach często właściwości komórkowe zanikają, komórki mogą być niezróżnicowane i mogą nie przedstawiać obrazu typowego.

Zależnie od tego, czy śródbłoniak wychodzi z naczyń krwionośnych, czy limfatycznych, rozróżniamy: śródbłoniak krwionośny (*haemangioendothelioma*) i śródbłoniak limfatyczny (*lymphangioendothelioma*).

Śródbłoniak krwionośny makroskopowo przedstawia guzy płaskie, wypukłe, lub niekiedy uszypułowane, miękkie, gąbczaste lub elastyczne, jasno-czerwone lub ciemno-niebieskie, zależnie od koloru zawartej w nich krwi. Najczęściej według Blumenfelda i Jaffé'go występują na przegrodzie nosowej, rzadziej na muszlach, skrzydełkach nosa, podniebieniu i t. d.

Śródbłoniaki limfatyczne są rzadsze, różnią się od poprzednich zawartością i barwą, która jest zwykle taka sama jak otaczających błon śluzowych. Poza tem zachowują się tak samo. Najczęściej występują w jamie nosowo-gardłowej.

Jak wynika z opisu guza i preparatu histologicznego, można zaliczyć nasz przypadek do śródbłoniaków limfatycznych.

Leczenie polegało na wyłuszczeniu podśluzówkowem i następowem zeszyciu błony śluzowej w znieczuleniu miejscowem. Krwawie-

nie było bardzo małe, co przemawia również za śródbłoniakiem limfatycznym.

Powiększenie gruczołów podszczękowych ustąpiło pod okładami z kwaśnej wody, jako będące pochodzenia zapalnego a nie będące przerzutem.

Badanie kontrolne w parę miesięcy po operacji wykazało brak jakiegokolwiek nawrotu.

Piśmiennictwo.

1) Suchanek: Monatssch. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinolog. Jg. 57, H. 2. 1923, 2) Finder: Rf. Zentralblatt f. Hals-Nasen u. Ohrenheilkunde, V. 1924, 3) Hirsch: Rf. Zentralblatt f. Hals-Nasen u. Ohrenheilkunde, IX.1927, 4) Fusari: Arch. ital. di. chir. 16, 3, 1926, 5) Volfkovits: Rf. Zentralblatt f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. XI. 1928, 6) Murata: Otologia 1. 1928, 7) Tadaki: Otologia 2. 1929, 8) Wąsowski: Pol. Przegl. Oto-Laryng. T. II. Z. 3-4, 9) Magnan: Annales des maladies de l'ereille, du larynx, du nez et du pharynx. Volum. XLVI Nr. 7. 1927, 10) Nowicki: Anatomia Patologiczna 1929. 11) Blumenfeld u. Jaffé: Pathologie der oberen Luft u. Speisewego. 1931.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przyczynek do patogenezy ropni pozagardłowych u dzieci.

Podał B. CHORĄŻYCKI (sen.).

Ropień okołomigdałkowy (abscessus peritonsillaris) jest cierpieniem częstem i dobrze znanem ogółowi lekarzy. Pod nazwą tą rozumiemy ropnie okołootoczkowe migdałka podniebiennego (tonsilla palatina) w t. zw. przestrzeni okołomigdałkowej (spatium peritonsillare), t. j. między migdałkiem podniebiennym, a górnym zwieraczem gardła (musc. constrictor pharyngis sup.). Co się tyczy trzeciego (gardłowego) i czwartego (językowego) migdałka, to wiadomem jest, że w ich najbliższem otoczeniu dość często zdarzają się ropnie (pozagardłowe i językowe), ale ropnie te nigdy nie mają i nie mogą mieć charakteru ropni okołootoczkowych.

W podręcznikach i nawet w monografjach (*Winckler*, *Henke* i inn.) napotyka się często na szablonowy podział ropni okołomigdałkowych na 1) peritonsillitis abscedens tonsillae palatinae, 2) peritons. absc. tonsillae pharyngeae i 3) peritons. absc. tonsillae lingualis, i często się słyszy, że po angina lacunaris każdego z wymienionych migdałków może powstać ropień okołomigdałkowy (odpowiedniego migdałka). Co do migdałka językowego, to pewne dane znajdujemy w pracy *Laskiewicza* w I-m zeszycie VII tomu Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego, który dopiero przed paru tygodniami się ukazał. *Laskiewicz* przytacza tylko jeden własny przypadek tonsillitis phlegmonosa linguae (praeepiglottica), będący następstwem anginy mieszkowej migdałka językowego. Z krótkiego opisu *Laskiewicza* trudno wnioskować, czy rzeczywiście typowa angina migdałka językowego poprzedzała rozwój ropnia, i czy zaczerwienienie i obrzęk tego migdałka nie były z samego początku częścią składową ropnia nasady języka. Sam *Laskiewicz* podkreśla, że angina migdałka językowego jest postacią rzadką, i wymienia jako momenty etjologiczne „urazy, spowodowane połknięciem, czy też uwięźnięciem ciał obcych, zwłaszcza kości, ości, szczeciny, gwoździ, igieł i t. p., a następnie oparzeniem tegoż miejsca gorącym kęsem lub chemikaljami". To zestawienie *Laskiewicza* jest bardzo trafne i charakterystyczne dla ropni nasady języka. Ale podobnego zestawienia wszak nie można zrobić dla ropni okołootoczkowych migdałków podniebiennych, gdzie angina jest prawidłem, a uraz lub ciało obce bardzo rzadkim wyjątkiem (conf. *Z. Srebrny*. Medycyna i Kronika Lekarska 1913, str. 1055 i 1917 r. Nr. 33).

O ropniach nasady języka ostatnio ogłosił pracę *Zuberbier* (z Kliniki Laryngologicznej Uniwers. Warszawskiego, Warszawskie Czas. Lekarskie Nr. Nr. 14 i 15, 1932 r.), który rozporządzał bardzo bogatym materjałem klinicznym (36 przypadków!). *Zuberbier* obserwował między innemi też „ropnie, położone tuż pod tkanką adenoidalną, które, powiększając się, odpychają ku tyłowi warstwy powierzchowne nasady języka". Są to więc ropnie par excellence około- czyli przymigdałkowe. Brakiem otoczki tłumaczy się bezpośrednie przejście stanu zapalnego z tkanki adenoidalnej na podścielisko, oddzielające migdałek językowy od mięśnia języka. W przebiegu peritonsillitis lingualis nie obserwujemy też wysoce charakterystycznego odstępu (2 — 3 dniowego) między anginą a peritonsillitis, jaki obserwujemy zwykle w peritonsillitis palatina.

Co się tyczy migdałka gardłowego, to wyżej wymienieni autorzy niemieccy (*Winckler, Henke*) są tego zdania, że ostry ropień pozagardłowy należy uważać za peritonsillitis abscedens tego migdałka, z czem jednak podług mnie trudno się zgodzić. Ropień pozagardłowy nigdy nie obejmuje migdałka gardłowego, zaczyna się zwykle o wiele niżej, nie w środkowej linji, lecz z boku, tuż za tylnym łukiem, i dopiero później, osiągnąwszy większe rozmiary, może dojść do linji środkowej i nawet znacznie ją przekroczyć. *Waugh* (Lancet 1906) podaje, że dzieci, którym zostały usunięte migdałki podniebienne, nie chorują na ropnie pozagardłowe. U nas rzadko kto usuwa migdałki podniebienne w tak młodym wieku (w pierwszym albo w drugim roku życia!), i nie sposób też sprawdzić poglądu *Waugh'a*, który podług mnie zasługuje na uwagę.

Podług *Pinches'a* (British Medical Journal 1907) bardzo wątpliwem jest, czy ropień pozagardłowy u dzieci bierze swój początek w zropiałym gruczole chłonnym, „gdyż gruczoły te leżą właśnie w linji środkowej na przedniej powierzchni górnych kręgów szyjnych". Przygotowując się do przecięcia ropnia pozagardłowego u dziecka, byłem nieraz zmuszony do odsunięcia łuku tylnego na bok hakiem tępym. Miałem przytem zawsze wrażenie, że łuk tylny u dziecka jest słabo rozwinięty i łatwo przesuwalny; natomiast łuk przedni jest dobrze rozwinięty i razem z fałdą trójkątną pokrywa prawie całą powierzchnię wewnętrzną (mezofaryngealną) migdałka. Analizując stosunek migdałka do łuków u dzieci i mając na względzie przebieg ropni okołomigdałkowych u dorosłych, przyszedłem do pewnych wniosków, które mam zamiar tutaj w krótkich słowach naszkicować.

U dorosłych rozróżniamy zwykle 2 typy ropni okołomigdałkowych: 1) typ A — ropnie między migdałkiem a łukiem przednim, 2) typ B — ropnie między migdałkiem a łukiem tylnym. Typ B jest o wiele rzadszy, niż typ A. Nieraz spotykałem w praktyce obydwa typy jednocześnie, naokoło tegoż migdałka. Robię typowe cięcie przez przedni łuk, wychodzi sporo ropy, ale nazajutrz chory oświadcza, że nie ma ulgi. Badanie wykazuje, że w okolicy łuku przedniego obrzęk prawie zupełnie znikł, natomiast w okolicy łuku tylnego konstatujemy ropień typu B, który często sam się otwiera i ropa wydziela się przez mały otwór na brzegu łuku tylnego. Zgłębnikiem wygiętym można wtedy dostać się przez ten otwór do przestrzeni okołomigdałkowej, obejmując migdałek ztyłu. Obejść ztyłu cały

migdałek zwykle się nie udaje, bo na przeszkodzie stoi t. zw. fałda wewnątrzmigdałkowa (Hammar), która dzieli przestrzeń okołomigdałkową na przednią i tylną połowę (p. *B. Chorążycki.* Przyczynek do mechaniki i topografji migdałków podniebiennych. Warsz. Czas. Lek. 1929 r., str. 837, kolumna 1). Obecnością wymienionej fałdy tłumaczy się też sam fakt istnienia 2 typów ropni okołomigdałkowych. Pod względem terapeutycznym typ A jest niewątpliwie więcej dostępny dla oka i noża. Jeżeli typowe cięcie przez przedni łuk nie daje ropy i widać otwartą przestrzeń okołomigdałkową, nie zawierającą ropy, to należy przypuszczać, że za fałdą wewnątrzmigdałkową ukryta jest ropa. Sączek (dość duży), wprowadzony do przestrzeni okołomigdałkowej i pozostawiony tam na 24 godziny, często likwiduje sprawę, gdyż ropa łatwo przedziurawia fałdę wewnątrzmigdałkową i przedostaje się do sączka.

Wiadomem jest, że ropień okolomigdałkowy, pozostawiony samemu sobie, stosunkowo rzadko otwiera się przez przedni albo tylny łuk, lecz najczęściej przez wnękę migdałka, która jest punktem zbornym dużej ilości dołków i kanałów migdałka. Gdy chory mówi, że czuje się lepiej, i przy badaniu widzimy, że ropa wydziela się przez wnękę migdałka, to nigdy jednak nie możemy określić, w którem miejscu ropa przedziurawiła otoczkę migdałka. Badając wyłuszczone migdałki, nigdy nie natrafiłem na taki, któryby miał otoczkę przedziurawioną w kilku punktach, jak to podaje *Winckler*, który upatruje w tych defektach pozostałości po ropniach. Z drugiej strony nie wiemy, czy są ulubione miejsca w otoczce, które najczęściej ulegają przedziurawieniu przez ropę. Należy przypuszczać, że ropa wyszukuje sobie każdorazowo najodpowiedniejszy punkt w otoczce, zależnie od umiejscowienia ropnia w przestrzeni okołomigdałkowej. Ale żeby można było tępym zgłębnikiem przez wnękę migdałka natrafić na ten punkt i w ten sposób zawsze napewno otworzyć ropień okołomigdałkowy, jest dla mnie rzeczą zupełnie nieprawdopodobną, pomimo że sam niejednokrotnie w ten sposób ropnie otwierałem. Po licznych ropniach tworzą się w przestrzeni okołomigdałkowej zrosty i pasma łącznotkankowe, które mogą znacznie zmienić normalne warunki anatomiczne i mechaniczne tak, że nawet bardzo doświadczony lekarz nie potrafi wykryć ropy. W podobnych przypadkach można się zdecydować na operację *Wincklera*, t. j. na wyłuszczenie migdałków „na gorąco“, nie czekając na pęknięcie ropnia, gdyż w przeciwnym razie tracimy—podług *Wincklera*—najodpowiedniejszy moment, w którym

migdałki są przez ropę wyeliminowane ze swego łoża i dają się łatwo i bez obawy przykrych następstw wyłuszczyć.

Wracając znów do ropni wieku dziecięcego, muszę nadmienić, że najmłodsze dziecko, u którego obserwowałem ropień typu „A", liczyło 5 lat. Naogół wziąwszy, widziałem bardzo mało takich ropni u dzieci niżej lat 12, co się zaś tyczy ropni typu „B", to wogóle nie przypominam sobie, żebym kiedykolwiek widział taki ropień u dziecka. Natomiast ropni pozagardłowych obserwowałem u dzieci niezliczoną liczbę, jak prawdopodobnie i każdy inny laryngolog. Zestawienie powyższe naprowadza na myśl, że ostry ropień pozagardłowy u dziecka jest tem samem, czem u dorosłego ropień okołomigdałkowy typu „B", a może nawet i obydwu typów, jeżeli uprzytomnimy sobie, że fałda wewnątrzmigdałkowa u dzieci jest słabo rozwinięta i nie może służyć za barjerę przy szerzeniu się zapalenia ropnego z przedniej połowy przestrzeni okołomigdałkowej na tylną,—tak samo jak słabo rozwinięty tylny łuk u dzieci nie może służyć za barjerę przy szerzeniu się ropnia z przestrzeni okołomigdałkowej na spatium retropharyngeale.

Pinches (ib.) słusznie mówi, że między ropniami okołomigdałkowemi a ostremi ropniami pozagardłowemi niema zasadniczej różnicy. Przytaczam jego zdanie dosłownie: „Skoro drobnoustroje dostały się do pierścienia limfatycznego, mogą one się szerzyć dalej. Na początku mogą dać zapalenie migdałka lub ropień wewnątrzmigdałkowy. Następnie mogą wywędrować poza migdałek i wywołać ropień okołomigdałkowy, albo przenieść się dalej wtył i spowodować ropień pozagardłowy. W rzeczywistości podział ropni na dwie ostatnio wymienione kategorje jest sztuczny i nie zawsze łatwy do przeprowadzenia". Celem poparcia ostatniego zdania *Pinches* powołuje się właśnie na wyżej wzmiankowanego *Waugh'a*.

Z drugiej strony należy się liczyć ze specjalnemi warunkami, w których znajdują się migdałki podniebienne u osesków. Dziecko ssie pierś albo butelkę i oddycha jednocześnie przez nos, nie zachłystując się. Mleko nie ścieka do przełyku, jak u dorosłego, w rynience, utworzonej z nasady języka i nagłośni, gdyż u oseska krtań jest o wiele wyżej położona i powietrze wprost z nosa przedostaje się do wnętrza krtani, mleko zaś spływa po bokach nagłośni wzdłuż żłobka, znajdującego się pomiędzy fałdą nalewkowo-nagłośniową z jednej strony, a migdałkiem podniebiennym z drugiej strony. Mezofaryngealna, czyli wewnętrzna powierzchnia

ostatniego jest w stałym kontakcie z prądem pokarmu i w pewnych warunkach może łatwo uledz zainfekowaniu. Z łuku przedniego atoli wystaje t. zw. fałda trójkątna (plica triangularis), która w postaci kulisy pokrywa większą część powierzchni wewnętrznej migdałka i w ten sposób ochrania go od nacierającego prądu pokarmu. Uważam za prawdopodobne, że w tem również może tkwić przyczyna powstawania u niemowląt wyłącznie ropni pozagardłowych w okolicy łuku tylnego, która nie jest ochroniona przez fałdę trójkątną. Dla takich ropni najodpowiedniejszą nazwą byłoby: Abscessus retroarcuatus.

Kwestja ropni okołomigdałkowych dotychczas nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona. Nawet co do miejsca, gdzie się tworzy ognisko ropne, niema zgody między badaczami. Niektórzy, (zwłaszcza autorzy francuscy), jeszcze i teraz utrzymują, że ropa zwykle zbiera się w przedniej części t. zw. spatium parapharyngeum, t. j. poza m. constrictor sup. Czytając bardzo sumienną pracę wyżej wspomnianego *Henke* (Uber die phlegmonösen Entzündungen der Gaumenmandeln, Archiv für Laryngolog. T. 27, 1913 r.), ma się wrażenie, że i podług niego ropień okołomigdałkowy tworzy się w spatium parapharyngeum. Dzięki jednak pracom *Clausa, Uffenordego, Zangego* i innych, którzy w ostatnich kilku latach zajęli się kwestją posocznicy poanginowej (p. *B. Chorążycki,* Sepsa poanginowa. Warsz. Czasop. Lek. 1929 r. str. 506), zaczął sobie torować drogę pogląd, że ropień okołomigdałkowy zwykle trzyma się w granicach spatium peritonsillare i nie przekracza zwieracza gardła (m. Constrictor phar. sup.). Ostateczne zwycięstwo odniesie jednak i tutaj dokładna znajomość anatomji, w połączeniu z obserwacją kliniczną. W ostatnich czasach, otwierając ropień okołomigdałkowy typowem cięciem przez przedni łuk, wprowadzam zawsze, nawet po zupełnem opróżnieniu ropnia, duży sączek gazy do przestrzeni okołomigdałkowej i po 24 godzinach, usuwając sączek, mogę dość dobrze obejrzeć tę przestrzeń. Naciskając przytem palcami od zewnątrz, nigdy nie spostrzegłem, żeby ze Spatium parapharyngeum można było wcisnąć do przestrzeni okołomigdałkowej jakąś ropę. Jeżeli cięcie było dość długie, to odnosi się wrażenie, że migdałek jest wyeliminowany ze swego łoża i że przestrzeń okołomigdałkowa jest dość duża i mogłaby zawierać sporą ilość ropy.

Druga kwestja, czy niema specjalnych dróg, które prowadzą z wnęki migdałkowej poprzez otoczkę i m. constrictor wprost do

spatium parapharyngeum (jak to przypuszcza Henke), może być dzisiaj uważana za ostatecznie roztrzygniętą, gdyż nie ulega wątpliwości, że migdałek posiada otoczkę, która nie ma żadnych uchyłków w kierunku podniebienia lub w kierunku spatium parapharyngeum, tak, że migdałek może być zupełnie wyłuszczony razem z otoczką, bez naruszenia całości zwieracza gardła.

I jeżeli *Finder* jeszcze w roku 1928 (w III tomie podręcznika Denkera i Kahlera, str. 331), mówiąc o ropniach okołomigdałkowych, utrzymuje, że migdałek nie ma otoczki, to na podstawie moich badań („Topografja i mechanika migd. podnieb." Warsz. Czasop. Lek. 1929, Nr. 36), można stanowczo stwierdzić, że tylko migdałek szypułkowy nie posiada otoczki i że tylko naokoło migdałka szypułkowego nie obserwujemy ropni okołomigdałkowych. Głęboko siedzące migdałki natomiast posiadają zawsze dobrze rozwiniętą otoczkę, która w pewnych warunkach może osiągnąć bardzo znaczną grubość (w przewlekłych ropniach podotoczkowych). Można powiedzieć, że otoczka nie jest niezbędną częścią składową migdałka, ale nie można negować istnienia otoczki w migdałkach głęboko siedzących, zwłaszcza, gdy mowa o ropniach okołomigdałkowych, które w stosunku do migdałków podniebiennych są zawsze ropniami okołootoczkowemi. Dwupostaciowość migdałków podniebiennych jest faktem ostatecznie ustalonym i tą dwupostaciowością tłumaczy się ta rozbieżność zdań, która i dotychczas jeszcze panuje w podstawowych nawet kwestjach, dotyczących migdałków.

Reasumując powyższe, możemy stwierdzić, że ropień pozagardłowy u dzieci nie ma związku patogenetycznego z trzecim migdałkiem, lecz jest odpowiednikiem ropnia okołomigdałkowego migdałka podniebiennego.

Prof. D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przypadek chłoniaka przegrody nosowej.

Podał
JAN CZARNECKI.

Dnia 21 lipca 1928 r. zwróciła się do mnie p. M. W. C. obywatelka z Wołynia, lat 54, skarżąc się na trudność oddychania prawą stroną nosa i częste krwawienie z niego. Trudność oddychania rozwijała się stopniowo w ciągu ostatniego półrocza. Przed 2-ma miesiącami wystąpiło krwawienie z prawej strony nosa, które odtąd kilkakrotnie się powtarzało. Ostatnio przed 4 dniami krwawienie było bardzo obfite, tak że wezwany lekarz (nie specjalista) zatamponował nos, poczem krwawienie ustało.

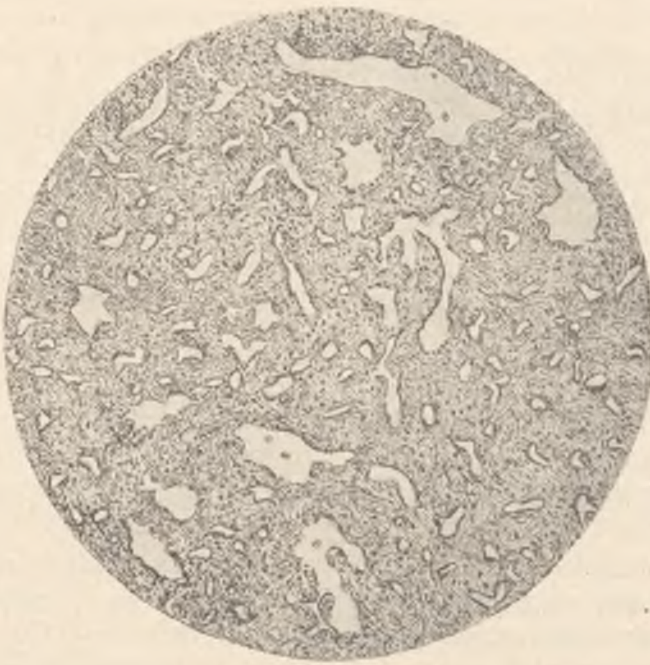
Chora dobrej budowy, ze skłonnością do otyłości, ma wygląd zdrowy. Ze strony organów wewnętrznych niema nic szczególnego. W jamie nosowej widać niewielkie skrzywienie przegrody na prawo. W prawej połowie nosa rzuca się w oczy guz wielkości dużej wiśni, mocno czerwony, miejscami pokryty szarym nalotem; nawet lekkie dotknięcie guza zgłębnikiem powoduje dość żywe krwawienie.

Po znieczuleniu 10% roztworem kokainy z adrenaliną udało się ustalić, że guz wychodzi z przedniej części przegrody nosowej na wysokości środkowej małżowiny i jest dość ruchomy. Guz odcięto zimną pętlą, przyczem wobec dość silnego krwawienia jamę nosową zatamponowano. Następnego dnia tampon usunięto, ranę pooperacyjną zlekka znieczulono i dokładnie przypalono żegadłem galwanicznem. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, chora po 4 dniach wyjechała z Warszawy. Chorą widziałem powtórnie po upływie 2-ch miesięcy, przyczem na miejscu operowanem widać bliznę, nigdzie natomiast niema śladu regeneracji guza. W roku ubiegłym, a więc po upływie 3 lat prawie, widziałem chorą jeszcze raz, przyczem ze strony nosa skarg niema żadnych, oddech jest swobodny, a i badanie przedmiotowe nic nienormalnego w nosie nie wykazuje.

Usunięty guz przedstawiał się w postaci miękkiego czerwonego kawałka, wielkości dużej wiśni, pokrytego miejscami brudno-szarym nalotem.

Badanie drobnowidowe (Dr. W. Komocki) wykazało co następuje:

Nowotwór uformowany jest naogół z komórek wydłużonych, wrzecionowatych; podług Giesona tkanka na czerwono się nie barwi, w niektórych tylko miejscach widoczne jest zabarwienie różowawe. W tkance tej, jak to widać na załączonym rysunku przebiegają liczne naczynia, nie zawierające wcale czerwonych krążków krwi, a tyl-



Reichert Oc. 2 Ob. Hom. Im. 1/12.

ko bardzo rzadko pojedyncze leukocyty. Naczynia te, i większe i mniejsze, nie mają swojej własnej ściany ta ostatnia uformowana jest z samej tkanki nowotworowej; niektóre tylko naczynia wysłane są wyraźną, jedną warstwą śródbłonkową, która odróżnia się od tkanki nowotworowej, położonej dalej naokoło naczynia.

Wobec bardzo silnego unaczynienia nowotworu, wobec zupełnej nieobecności w naczyniach czerwonych krążków krwi i nakoniec wobec tego, że naczynia te nigdzie nie mają swojej własnej, prócz śródbłonka, ściany należy stwierdzić, że mamy do czynienia w danym przypadku z nowotworowym rozrostem naczyń chłonnych na pod-

ścielisku łącznotkankowem (Lymphangioma), przyczem stosownie do podziału, wprowadzonego przez *Ziegler'a*, a który utrzymuje się i dotychczas, nowotwór ten możemy nazwać chłoniakiem zwykłym (Lymphangioma simplex).

Chłoniaki należą wogóle do guzów rzadko spotykanych. *Samter* po 1902 r. znalazł w literaturze zaledwie 7 przypadków, dotyczących języka, warg i jamy ustnej. W latach późniejszych (do 1929 r.) opisany został z tej dziedziny szereg przypadków przez *Wróblewskiego*, *Küttnera*, *Dollingera*, *Hansmanna*, *E. Rehna*, *Wagenera*, *Tavela*, *Kryńskiego*, *Wąsowskiego* i innych, przyczem najrzadziej spotykano Lymphangioma simplex, częściej cavernosum i cysticum. Co się tyczy nosa, to chłoniaki wewnątrz niego należą do niesłychanych rzadkości. Według *Eckert Möbius'a*, który zebrał wszystkie opisane przypadki do 1929 r., jest ich zaledwie 4, a mianowicie przypadki, ogłoszone przez *Scheier'a*, *Hamm'a*, *Lengyel'a* i *Szmurłę*. Przypadek *Szmurły* został, widocznie, zreferowany (w prasie zagranicznej) pobieżnie i niedbale, gdyż *Möbius* zaliczył autora do narodowości czeskiej, nazywając go *„Szmurto"* i żali się, że w referacie brak szczegółów.

Przypadek *Scheier'a* (1894) dotyczył 23-letniego mężczyzny, u którego guz, wielkości gołębiego jaja, na przegrodzie nosowej powodował wielkie krwotoki. Po usunięciu guza pętlą i przypaleniu żegadłem nastąpiła recydywa po upływie 8 dni. Powtórne usunięcie guza, poczem wyleczenie. Badanie drobnowidowe guza wykazało Lymphangioma telangiectaticum.

W przypadku *Hamm'a* (1903) chodziło o 17-letniego chłopca, u którego guz wielkości wiśni, znajdował się na główce dolnej małżowiny. Guz usunięto pętlą, poczem nawrót po upływie 8 dni. Guz powtórnie usunięto pętlą i przypalono 50% rozczynem chlorku cynku, poczem nawrotu już nie było. Badanie drobnowidowe wykazało Lymphangioma cavernosum.

Lengyel opisał przypadek (1912) chłoniaka w jamie nosowogardłowej, który operował po raz wtóry. Przypadek dotyczył 17-letniego chłopca, guz był wielkości małego jabłka, wychodził z okolicy prawej trąbki Eustachjusza.

Wreszcie *Szmurło* (1912) opisał dokładnie spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 49-letniego mężczyzny, u którego usunął guz wielkości 3 $\times$ 1 ctm. z przedniej części przegrody nosowej, poczem ranę pooperacyjną przypalił żegadłem galwanicznem. Przed 3-ma tygodniami guz ten inny specjalista usunął bez przypalenia, przyczem nastąpił szybki nawrót. Po operacji *Szmurły* nawrotu nie

było. Badanie drobnowidowe wykazało chłoniak, który autor nazwał Lymphangioma fibromatodes.

Oto wszystkie dotychczas opisane przypadki, mój więc jest zaledwie 5-tym, przyczem ze swej budowy i umiejscowienia jest bardzo podobny do przypadku *Szmurły*, nazywam go jednak Lymphangioma simplex, stosując się do nomenklatury *Ziegler'a*. Jedynie mój przypadek dotyczy osoby płci żeńskiej, wszystkie inne były spostrzegane u mężczyzn. Chłoniaki należą do guzów dobrotliwych, chociaż, jeżeli guz nie zostanie usunięty całkowicie, następują nawroty. Wszystkie 4 przypadki były operowane dwukrotnie, jedynie w moim przypadku po dokonanej operacji nawrotu nie było. Mam wrażenie, że stało się to głównie dzięki temu, że miejsce przyczepu guza zostało przypalone na 2-gi dzień po operacji, przyczem wobec braku krwawienia można było ten zabieg wykonać bardziej dokładnie.

Przed laty w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem *Tryjarski* przedstawił (przypadek *Dmochowskiego*) 16-letniego chłopca, z chłoniakiem nosa i gardła. W protokółach W.T.L. znalazłem krótki opis tego przypadku. Demonstracja miała miejsce dnia 5 kwietnia 1909 r. Przypadek ten dotyczył chłopca, b. wątłej budowy, którego skierowano do *Dmochowskiego* z powodu zatykania w nosie. Badanie wykazało obecność guza, zamykającego lewą stronę nosa w tylnej jej części oraz guz w gardle, umiejscowiony na lewej bocznej ścianie, grubości palca, przechodzący do jamy nosowo-gardłowej. Parokrotne nakłucie próbne guza od strony nosa dawało stale krew, badanie drobnowidowe wycinka z gardła wykazało układ charakterystyczny dla chłoniaka (lymphangioma). Dalsze losy tego przypadku nie są znane.

Te tylko, niestety, krótkie dane, dotyczące tego niezwykle interesującego przypadku zostały zanotowane w protokóle posiedzenia. Z tych danych nie można sobie wyrobić należytego pojęcia, czy chodziło o dwa różne guzy, czy też, co się wydaje bardziej prawdopodobnem, o jeden guz, który, wychodząc z jamy nosowogardłowej, z jednej strony wrastał do nosa, z drugiej zaś opuszczał się do gardła.

Żałować należy, że przypadek ten nie został przez Dmochowskiego szczegółowo opisany. Być może, miał on zamiar opisać go w przyszłości w podręczniku anatomji patologicznej, a czego dokonać już nie zdołał.

We wszystkich przypadkach właściwe rozpoznanie mogło być zrobione dopiero na zasadzie badania drobnowidowego.

Co się tyczy leczenia, to przy małych guzach najprędzej i najpraktyczniej prowadzi do celu usunięcie go drogą operacyjną z następnem przypaleniem, czy to żegadłem galwanicznem, czy też stężonym roztworem chlorku cynku. Ten sposób leczenia zastosowano we wszystkich opisanych przypadkach. Przy guzach dużych, o szerokiej podstawie, jak to było w przypadku *Dmochowskiego*, możemy dziś stosować z powodzeniem rad i diatermię, już to samo przez się, już to w połączeniu z zabiegiem chirurgicznym.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani.

Podał Dr. Med. ZDZISŁAW DOBROWOLSKI — z Warszawy.

Jednem z najmniej wdzięcznych zadań dla laryngologa jest leczenie gruźlicy krtani.

Chory z gruźlicą krtani jest to wielki męczennik, jego cierpienia można poniekąd porównać do dolegliwości chorych na raka krtani lub przełyku, z tą wszakże różnicą, że w obu ostatnich przypadkach pacjenci cierpią zwykle króciej i nie tak boleśnie jak suchotnicy gardlani.

Zjawią się do nas pacjent, najczęściej w wieku względnie młodym, pełen radości życia i nadziei, często obarczony rodziną i drobną dziatwą — przeważnie ze sfery ciężko pracujących. Skarży się na chrypkę i bóle przy połykaniu, a nieraz wprost na niemożność przyjmowania pokarmów.

Stan ogólny niejednokrotnie bywa jeszcze niezły, to samo i siły fizyczne, a moralne nieraz powyżej normy, planuje i buduje pomyślną przyszłość, a rzadko kiedy podejrzewa tę straszną chorobę

Co do wieku, to najczęściej suchoty gardlane występują u osób od 25 do 40 lat wieku, jakkolwiek żaden wiek, prócz bardzo wczesnego dzieciństwa, nie zabezpiecza od gruźlicy krtani, lecz rzadko zdarza się u dzieci i osób w głębokiej starości. Pół roku temu, t. j. w drugiej połowie 1931 roku moja kuzynka, niejaka M. W., wdowa po lekarzu, w wieku 82 lat zapadła na gruźlicę krtani i w mękach zakończyła życie, cierpiąc zaledwie kilka miesięcy.

Zejście nastąpiło tak prędko wskutek komplikacji gruźlicą nerek, pęcherza moczowego i kiszek.

Suchotników gardlanych przeważnie wyleczyć nie możemy, a nawet ulga, którą im przynosimy rozmaitemi środkami i zabiegami jest bardzo niedostateczna.

Nie będę tutaj wdawał się w wyliczanie i opisy tego całego arsenału środków i sposobów, stosowanych przy gruźlicy krtani w szpitalach i sanatorjach dla suchotników, wspomnę tylko o kilku, częściej używanych. Przed trzydziestu kilku laty dużo hałasu narobiła metoda chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani. Metoda, zaincjowana przez *Krausego* i częściowo przez niego opracowana i zastosowana, gorąco była protegowana i dopełniana przez byłego szefa mego ś. p. Prof. T. *Herynga.*

Pomimo całej życzliwości dla tego sposobu leczenia, a w pewnym stopniu i pietyzmu dla wykonawcy, (każdy uczeń winien to dla swego szefa), widząc setki przypadków przeważnie bez żadnych lub z bardzo nieznacznemi wynikami oświadczam się dla tej metody z zupełnym krytycyzmem. Sam stosowałem ją bardzo mało, a od wielu lat zupełnie zaniechałem. Dodatnie wyniki zdarzały się bardzo rzadko i to, działając więcej na psychikę chronicznie cierpiących pacjentów, niż bezpośrednio na samo cierpienie.

Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, że suchotnik często jest optymistą i entuzjastą, a nawet histerykiem, a przy ogólnem zaufaniu do zabiegów chirurgicznych i przy upewnieniu, że ma narosty w gardle, które powodują ból i przeszkodę w połykaniu, to logiczną tego konsekwencją jest usunięcie narostów i nadzieja poprawy oraz wyleczenia choroby.

Jednym z rzeczywiście pożytecznych środków przy gruźliczych naciekach z obrzękiem oraz z zapaleniem ochrzęstnej nagłośni i nalewek jest galwanokaustyka. Do tego sposobu uciekam się bardzo często i prawie zawsze otrzymuię zadawalające wyniki w postaci zmniejszenia obrzęków, bólów i trudności połykania.

Gorącym propagotorem galwanokaustyki przy gruźlicy krtani jest u nas Dr. *Zygmunt Srebrny*, który pierwszy u nas ją zastosował. Podobną w działaniu i wynikach tylko wolniej działającą niż galwanokaustyka jest elektrokragulacja. Injekcja 80% alkoholu do pnia nerwu krtaniowego górnego (sposób *Hoffmana*) czasami przynosi dłuższą ulgę, lecz niestety niezawsze.

Ze środków farmaceutycznych lokalnych jedynie pendzlowania,

wkraplania, injekcje i inhalacje środkami miejscowo znieczulającemi przynoszą chorym pewną ulgę, niestety zwykle krótkotrwałą. Roztwory kokainy 10%—20% lub 3% kokaina z adrenaliną w $^1/_2$% karbolu i siarczanie potasu (roztwór Hirscha) przynoszą krótkotrwałą, bo $^1/_2$ do 1-ej godziny trwającą ulgę.

To samo wkraplanie do krtani jedno do kilkaprocentowych roztworów mentolu w olejku migdałowym lub w oliwie.

Stosowałem tak zachwalony oddawna kwas mleczny (mlekowy) w mocnych stężeniach, a nawet czysty, lecz nie miałem odpowiedniego zadowolenia.

Zniechęcony do wspomnianych i najrozmaitszych jeszcze innych środków, spróbowałem pendzlowań gruzliczej krtani 1—2% lapisem i osiągnąłem zmniejszenie bólów przy połykaniu. Wobec tego, że mocniejsze roztwory lapisu powodują doraźnie palenie na miejscu owrzodzeń gruźliczych, zacząłem stosować przed zatuszowaniem lapisem znieczulenie azotanem (saletrzanem) kokainy. Chlorek kokainy, zwykle używany do znieczuleń, nie może być tutaj stosowany, gdyż lapis, to jest saletrzan srebra z chlorkiem kokainy daje związek chlorku srebra, nierozpuszczalny w wodzie i płynach surowiczych, tak że działanie lapisu i chlorku kokainy byłoby zrównoważone i unicestwione, zaś azotan kokainy nie przeszkadza działaniu lapisu.

Dobry skutek działania lapisu szczególniej w owrzodzeniach gruźliczych bł. śluzowej objaśniam w ten sposób: lapis, stykając się z białkiem surowicy krwi i śluzem oraz mikrobami, znajdującemi się na powierzchni owrzodzeń daje albuminat srebra, zabija zarazki i wytwarza rodzaj strupa, chroniącego od nowych zarazków i rozmnażania poprzednio osiadłych w owrzodzeniach, jak również znosi wrażliwość zakończeń nerwów czuciowych. Stosuję wcierania 20% wolnego roztworu azotanu kokainy lub 10—20% tejże kokainy w 40% spirytusie, to ostatnie działa silniej, gdyż spirytusowy roztwór kokainy lepiej i głębiej przenika do tkanek. Po 5—10 minutach, kiedy kokaina znieczuli i nieco zanemizuje chore miejsca, (w tym ostatnim celu dobrze dodać do roztworu kokainy kilka kropli $^1/_{1000}$ adrenaliny lub epireniny), — pendzluję wodnym roztworem lapisu. Początkowo biorę u wrażliwych osób 1% lapisu, u mniej wrażliwych 2%, później nawet 5—10% roztwór.

Jeżeli się bóle znacznie zmniejszają i to trwa parę lub kilka dni, wtedy tuszowanie lapisem powtarzam co 3—6 dni, a nieraz rzadziej.

U jednego pacjenta, wieśniaka z Łomżyńskiego w wieku 35 lat ze znacznemi naciekami i owrzodzeniami w krtani stosowałem tuszowanie 3—5% lapisem co 1 do 2-ch tygodni, zmniejszenie bólów i dysfagji trwało przez wspomniane okresy czasu.

W przeciwnym razie, t. j. jeżeli zabieg osiąga mały skutek, należy go wykonywać częściej i mocniejszemi roztworami lapisu.

Stosując ten sposób u całego szeregu suchotników gardlanych przez kilkanaście lat, tylko w małym odsetku i to w b. ciężkich przypadkach nie spostrzegałem wyraźnej poprawy.

W jednym ciężkim przypadku, dotyczącym malarza pokojowego, w wieku 28 lat, leczonego w K. Ch. przez koleżankę D-ra Med. Kontrymównę asystentkę Kliniki laryngologicznej, który to pacjent zgłosił się do mnie prywatnie, parokrotnie zastosowałem lapis, uzyskując znaczną poprawę. Następnie chory udał się do wymienionej koleżanki w celu otrzymania zwolnienia od pracy. Koleżanka zainterpelowała mnie, zapytując, com stosował u chorego, że się tak znacznie poprawił.

Sposób powyższy daje najlepsze wyniki w owrzodzeniach gruźliczych. Przy obrzękłych naciekach nagłośni, więzów bocznych z zapaleniem ochrząstnej też daje niezłe rezultaty, lecz już w mniejszym stopniu niż w owrzodzeniach. Azotan kokainy, niezbędny przy tym sposobie, jest środkiem znacznie mniej rozpowszechnionym, niż chlorek kokainy i z tego powodu tylko niektóre apteki posiadają go do rozporządzenia lekarzy.

Zwykle otrzymuję azotan kokainy z apteki Więckowskiego (Marszałkowska, róg Chmielnej). Azotan kokainy znajduje się w jednogramowych słoiczkach ze szklanym korkiem, w postaci przezroczystych kryształków, b. łatwo rozpuszczalnych w wodzie i spirytusie. Jeżeli do słoika z kryształkami azotanu kokainy nalać do pełności 50% spirytusu, to otrzymamy roztwór tej kokainy około 40%, gdyż kryształki zawierają pewien % wody krystalicznej.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie
(Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski*)
i
Z Oddziału Rentgenologicznego Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie
(Dyrektor: Prof. *R. Rencki).*

O wynikach leczenia włókniaków młodzieńczych (Fibroma Juvenile) jamy nosowo-gardłowej zapomocą naświetlań promieniami Roentgena i Djatermokoagulacji.

Podali
Docent Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI i Dr. WITOLD GRABOWSKI.

Włókniaki młodzieńcze stanowią grupę nowotworów, powstających w jamie nosowo-gardłowej, skąd wrastają do jam nosowych i jam bocznych nosa, powodując przez swój szybki rozrost i ucisk zanik tkanki otaczającej, nawet kostnej. Mogą one wrastać do jamy czaszkowej przez otwory, do niej prowadzące, i powodować zanik nerwów, na podstawie czaszki się znajdujących, lub też wywołać powikłanie zapalne na oponach mózgowych. Charakterystyczną cechą włókniaka młodzieńczego jest to, że występuje on tylko u mężczyzn w wieku od 10 do 25 lat. Po upływie tego wieku, a nieraz nawet wcześniej może wystąpić samoistne cofanie się włókniaków. Zależnie od umiejscowienia przyczepu guza różni autorowie odróżniają (Coenen) 4 typy, a mianowicie: włókniak wyrastający z podstawy czaszki (fibroma basilare), z okolicy sitowo-klinowej (f. spheno-ethmoidale), z okolicy wyrostków skrzydlatych (f. pterygo-maxillare) i wreszcie z okolicy trąbki Eustachjusza (f. tubarium). Praktycznie podział ten nie ma większego znaczenia, gdyż w przypadkach większych włókniaków najczęściej nie można dokładnie oznaczyć przyczepu szypuły. Właściwość występowania włókniaka młodzieńczego u młodzieńców w wieku pokwitania starano się tłumaczyć szybszym rozwojem i wzrostem szkieletu czaszki w tym okresie życia, podczas gdy czaszka dziewcząt wcześniej przestaje się rozwijać i pozostaje więcej na stopniu rozwoju dziecięcego. *Bensch*, starając się tę teorję rozwijać, tłumaczy powstawanie włókniaków jamy nosowo-gardłowej w ten sposób, że okostna trzonów kręgowych w pewnem miejscu zaczyna bujać skutkiem żywszego odżywienia fizjologicznego, na ten okres przypadającego i zamiast wytwarzać tkankę kostną buja w formie tkanki włóknistej, tworząc guz, wrastający do światła jamy gardłowej.

Pod względem budowy drobnowidowej włókniak jamy nosowo-gardłowej przedstawia utkanie włókniste z obfitemi gniazdami niedojrzałych komórek łącznotkankowych, które szczególnie obficie występują w młodych włókniakach. Ponadto obfita sieć naczyń krwionośnych charakteryzuje budowę tego guza. Niekiedy obfitość naczyń jest tak wielka, że drobnowidowo z wycinków rozpoznaje się utkanie naczyniaka, to znowu ilość niedojrzałych komórek łącznotkankowych jest tak znaczną, że przypomina budowę mięsaka. Włókniak młodzieńczy niema jednak zdolności naciekowego wrastania w tkankę sąsiednią, jakoteż nie daje przerzutów w gruczołach szyjnych, coby niewątpliwie wcześniej lub później wystąpiło przy nowotworze złośliwym. Dotychczas brak dowodów na możliwość zwyrodnienia złośliwego włókniaków młodzieńczych.

Dzięki bogatemu unaczynieniu włókniaki jamy gardłowo-nosowej często krwawią. Krwotoki te mogą być tak obfite, że doprowadzają nieraz do następowej niedokrwistości nawet znacznego stopnia. Nie mają one skłonności do rozpadu, chyba w miejscach narażonych na uraz i następowe zakażenie. Często jednak ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i śluzowemu, niekiedy zmianom szklistym. Te zmiany wsteczne najczęściej spotykamy w włókniakach, istniejących już czas dłuższy.

Jakkolwiek pod względem objawów klinicznych i budowy drobnowidowej włókniak młodzieńczy należy do guzów dobrotliwych, to jednak z powodu szybkiego rozrostu i niszczenia przez ucisk tkanki otaczającej, wrastania do jamy czaszkowej i obfitych krwotoków, sprowadzających ostrą niedokrwistość, musimy go zaliczyć do schorzeń klinicznie ciężkich i niebezpiecznych dla życia chorego.

Objawy kliniczne streszczają się zwykle w całkowitem prawie zatkaniu nosa, przytępieniu słuchu i mowie nosowej. Do tego dołączają się częste i obfite krwotoki z nosa lub gardła, występujące najczęściej na plan pierwszy.

Badanie jamy nosowej pozwala stwierdzić zwykle obecność guza w jednej głównie jamie nosowej, zatykającego jednak oba nozdrza tylne (choany). Guz ten twardy, mało ruchomy lub nawet wcale nieruchomy, za dotykiem bardzo łatwo i obficie krwawi. Nieraz wyrasta on w formie polipa, wystając z nosa na zewnątrz. Główna masa guza znajduje się w jamie nosowo-gardłowej, którą całkowicie wypełnia, spychając podniebienie miękkie ku dołowi. Nieraz nawet widoczny jest guz w środkowym odcinku gardła, poniżej podniebienia miękkiego. Z powodu łatwości występowania obfitych

krwotoków z włókniaka niektórzy autorowie ostrzegają przed pobieraniem wycinka próbnego dla badania drobnowidowego. Zresztą jasny zawsze obraz kliniczny nie wymaga bezwzględnie uciekania się do sprawdzianu histologicznego.

Z metod leczniczych, stosowanych w przypadkach włókniaków młodzieńczych, na pierwszy plan wysuwano metody operacyjnego usunięcia guza najrozmaitszemi drogami. Ilość podanych sposobów operacyjnych jest bardzo wielka, i tak n. p. *Hellat* od roku 1911-go zestawił aż 55 różnych metod operacyjnych. Wszystkie jednak sposoby operacyjne przedstawiają szczególne niebezpieczeństwo dla chorego z powodu ogromnego, nie dającego się nieraz opanować, a więc nawet śmiertelnego krwotoku, który w czasie operacyjnego usuwania włókniaków może wystąpić. Krwotok ten jest obfitszy nawet w okresie pooperacyjnym, o ile część guza jeszcze pozostała, co zdarza się często nawet po bardzo radykalnie wykonanym zabiegu. Najczęściej stosowaną metodą operacyjną jest droga przez jamę ustną, zapomocą kleszczy podanych przez *Escata*, *Jurasza*, *Schecha* i innych, wraz z równoczesnem wyłuszczeniem guza przez jamą szczękową i nosową sposobem *Denkera*. Z innych metod należy wymienić drogę nosową przez rynotomję boczną *Moure'a*, albo też przez szczęki górne (*Partscha*), drogę przez okolicę skroniową (*Langenbeck*) lub wreszcie przez oczodół. Niektórzy podają nawet poprzeczną pharyngotomję (*Jeremitsch*) jako dającą najlepszy dostęp do jamy gardłowo-nosowej. Ostatnio wymienione metody prócz niebezpieczeństwa krwotoków dają łatwe oszpecenie lub też wielkie zniszczenia w obrębie jamy gardłowo-nosowej, które pozostają u młodego osobnika na całe życie. Niebezpieczeństwo śmiertelnego krwotoku i ciężkość zabiegu operacyjnego u tak już skrwawionych osobników odstrasza od zabiegu chirurgicznego zarówno chorych, jak i lekarzy, którzy starają się innymi sposobami doprowadzić do wyleczenia, względnie przynajmniej powstrzymać w rozwoju włókniaka i przeprowadzić chorego przez lata młodzieńcze. Po upływie bowiem 25 lat a niekiedy nawet wcześniej, guz sam może się cofnąć. *Sebileau* mówi, że w wielu przypadkach włókniaka młodzieńczego trzeba przerwać operację, ażeby ratować zagrożone skutkiem krwotoku życie chorego. Według *Królikowskiego* w 19,3% przypadków występuje nawrót po operacjach. Śmiertelność pooperacyjna bądźto z powodu krwotoków, bądźteż z powodu powikłań pooperacyjnych, przedewszystkiem zakażenia ropnego, jest duża, gdyż dochodzi do 22%. *Szmurło* miał na 16 przypadków operowanych 4 ciężkie powikłania, a w 2 przypadkach zejście

śmiertelne, co stanowi 12,5% wszystkich przypadków. Z tych też powodów *Szmurło* uważa zabieg operacyjny u chłopców poniżej lat 18 za niedopuszczalny. Operować według *Szmurły* można tylko powyżej lat 18 i jedynie metodą *Moure'a* lub *Denkera*. Inne wielkie zabiegi chirurgiczne od zewnątrz wykonywane jakoteż podwiązywanie naczyń szyjnych należy uważać za zbyteczne.

Niebezpieczeństwo i niepowodzenia leczenia chirurgicznego skłoniły do próbowania metod leczenia bezkrwawego, jak przyżegania środkami chemicznemi, wstrzykiwania płynów, powodujących obliterację naczyń krwionośnych wewnątrz guza, przypalanie termokauterem *(Mikulicz)* lub zapomocą elektrolizy (*Nelaton*, *Voltini*, *Jurasz* i inni). W nowszych czasach poczęto stosować djatermokoagulację oraz naświetlania zapomocą energji promieniotwórczej, a więc zapomocą radu i promieni Roentgena.

Djatermokoagulację w przypadkach włókniaków młodzieńczych stosuje się od roku 1924, kiedy *Steward* miał ją zastosować pierwszy, a następnie *Samengo* ogłosił 14 przypadków leczonych z bardzo dobrym skutkiem i bez powikłań zapomocą djatermji chirurgicznej, stosując ją od strony nosa i przez jamę ustną. Podobnie *Roure* ogłasza dwa przypadki wyleczone tylko zapomocą djatermokoagulacji na 8 posiedzeniach w ciągu 25 miesięcy. Inni autorowie zachęcają również do stosowania djatermokoagulacji, jakkolwiek zdarzały się następowe krwawienia, choć nieniebezpieczne: wszyscy jednak zgodnie podnoszą jej wyższość nad galwanokaustyką, termokauterem i elektrolizą

Podobnie zachęcające są wyniki, otrzymane przez różnych autorów po zastosowaniu naświetlania radem, względnie promieniami Roentgena. Nie brak jednak autorów, którzy podają w wątpliwość możliwość wyleczenia temi metodami. W r. 1917 *Lederman* i *Kutznitzky* ogłosili korzystne wyniki naświetlań, odnosząc działanie promieni do uszkodzenia śródbłonka naczyń. Jako metodę postępowania leczniczego wybrali oni kombinację naświetlania od zewnątrz promieniami Roentgena z następowem naświetlaniem od wewnątrz radem. W rok później *Jüngling* ogłasza jeden przypadek rozległego włókniaka, leczonego tylko naświetlaniem promieniami Roentgena, który znikł całkowicie po 2 serjach naświetlań, wykonanych w odstępie miesięcznym przy dawce ogniskowej 80—100% dawki rumieniowej na każdą serję. Naświetlał on techniką wadliwą, lecz wówczas powszechnie stosowaną, używając słabego filtru 3 mm glinu, tak iż otrzymał zanik skóry. Później przekonał się on, iż ten sam efekt może być uzy-

skany przy dawce niższej, mianowicie 50 — 70% dawki rumieniowej przy naświetlaniu w krzyżowym ogniu z 4 pól. Z 7 potem naświetlanych przypadków w żadnym nie było nawrotów. *Jüngling* podkreśla, że jest rzeczą niemożliwą podanie dokładnego schematu naświetlań, a to z powodu konieczności indywidualnego traktowania guza zależnie od usadowienia i rozległości. Następnie *Schemp* podaje 13 przypadków naświetlanych, z których 8 pozostało objektywnie i subjektywnie bez objawów, w 4 nastąpiła wyraźna poprawa i objawowe wyleczenie kliniczne. W jednym przypadku naświetlonym małemi dawkami nie było efektu. Autor ten poleca naświetlania z małej liczby pól n. p. z 2 pól policzkowych, w razie wrastania do jamy nosowej z 3-go pola nosowo-gładziznowego. Przy obciążeniu każdego z tych pól 60 — 80% dawki rumieniowej otrzymujemy ogniskową dawkę 45 — 60%, która to dawka zapewnia dobry efekt bez wytworzenia się jakichkolwiek zmian na skórze. *Schemp* powtarza naświetlania po 8 — 12 tygodniach. Zwyczajnie wystarcza 1 — 3 serji naświetlań. Już po 2 — 6 tygodniach widoczna jest poprawa, która szczególnie szybko występuje przy miękkich dobrze ukrwionych włókniakach. Wedle *Schempa* miejscem zadziałania energji promieniotwórczej są młode komórki włókniste, a nie naczynia krwionośne, gdyż naczyniaki (angioma) nie oddziaływują na naświetlania promieniami Roentgena. *Breitländer* w roku 1926 opisał 2 przypadki, leczone wyłącznie naświetlaniami. Również *Feuchtinger, Mac-Kenzie* i *Wells* otrzymali drogą naświetlań dobre wyniki, jakkolwiek opierają się na pojedyńczych przypadkach.

Rad może być stosowany różnie. W pierwszym rzędzie jako naświetlanie powierzchniowe, przy którem naboje radowe wprowadza się do jamy nosowo-gardłowej na odpowiednim aplikatorze, podobnie jak się wykonywa tamponadę tylną. Od strony podniebienia aplikator posiada płytkę z 2 mm ołowiu dla zapobieżenia oparzeniom podniebienia. Zwyczajnie wprowadzamy nabój 50 mg Ra El. *Lederman* i *Kutznitzky* używali tylko promieni gamma, filtrując przez 1 mm niklu, 0,5 srebra, 3 mm ołowiu i pozostawiając nabój 3 — 6 godzin. *New* i *Figi* pozostawiali rad 10 — 15 godzin. Ponadto rad może być stosowany w postaci igieł, które wkłuwa się w guz. *New* i *Figi* wkłuwali nagie rurki „bare tubes" z 0,5 — 1 Millicurie emanacji radowej, dając przeciętnie 0,5 — 1 Millicurie na 1 cm. Powtarzają oni po 6 tygodniach lub 2 miesiącach to samo leczenie. W latach 1915—1924 leczyli 24 przypadków, z których wyleczyli 15. W nawrotach po operacji *Worthington* i *Sludder*, widzieli również dobry wynik

po zastosowaniu radu. Oparzenia i przedziurawienia podniebienia, które widywano po naświetlaniach radem, przypisać należy wadliwej technice.

W latach ostatnich, zwłaszcza w dużych zakładach, posiadających rad do dyspozycji, posługują się chętnie kombinacją 2 sposobów leczenia, t. j. promieniami Roentgena i radu. *Berven* podaje technikę stosowaną w Sztockholmie i Radiumhemmet. Chory otrzymuje najpierw naświetlania promieniami Roentgena z 4 pól (2 skroniowe, 2 policzkowe), na każde z nich około $^1/_4$ HED z 40 cm przez, 0,5 Cu. Już po pierwszej serji następuje wyraźna poprawa. Drugą i trzecią serję naświetlań wykonywa się po 2 — 3 miesiącach. Aplikacja radu następuje dopiero po częściowem skurczeniu się guza. Jak podaje *Berven* leczono od roku 1910—1927 30 przypadków, z których 23 zostało całkowicie bez objawów po latach pięciu, 2 przypadki zmarły z powodu zapalenia opon.

W ostatnich 8 latach mieliśmy sposobność obserwować i leczyć w klinice oto-laryngologicznej i oddziale rentgenologicznym kliniki lekarskiej lwowskiej 14 przypadków włókniaków młodzieńczych jamy nosowo-gardłowej i jeden w Lecznicy Okr. Zw. Kas Chorych — razem więc 15 przypadków. We wszystkich prawie przypadkach były stosowane naświetlania promieniami Roentgena, w niektórych w łączności z częściowym zabiegiem chirurgicznym, a przedewszystkiem w łączności z djatermokoagulacją. Poniżej podajemy wyciągi z historji chorób tych przypadków.

P r z y p a d e k 1. Chory W. K. lat 16, podaje, że choroba obecna zaczęła się przed rokiem wśród silnego i często powtarzającego się krwawienia z prawej jamy nosowej oraz coraz silniej występującego zatkania tej strony nosa. Obecnie zupełnie nosem nie może oddychać i z tem zgłasza się do kliniki.

25.IX. 1924 r. Stan obecny: Chory wzrostu wysokiego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia miernego. Twarz po stronie prawej wykazuje obrzęk w zakresie szczęki górnej. Od przodu po stronie prawej nosa widać już w przedsionku guz miękki, gładki, przesuwalny, na powierzchni z podbiegnięciem krwawem, dający się obejść zgłębnikiem od przegrody i od dolnej ściany prawej jamy nosowej. Wypełnia on jamę nosową w całości. Od zewnątrz widoczne zniekształcenie niezbyt wybitne prawej połowy szkieletu nosa przez wypuklenie go na zewnątrz. W jamie gardłowej widoczny jest guz gładki, wielkości jaja gołębiego, wypełniający jamę nosowo-gardłową i spychający podniebienie miękkie ku dołowi. Badanie palcem wykazuje, że guz ten wychodzi z prawej strony, jest mało ruchomy i łatwo krwawi za dotykiem.

12.X. 1924 r. Chory skarży się na nieznaczny ból w uchu prawem. Otoskopijnie: nieznaczne zaczerwienienie i zciemnienie błony bębenkowej. Ciepłota wieczorem wynosiła 37,9 C. Następnego dnia wystąpiło bardzo silne zaczerwienienie prawej błony bębenkowej oraz silny ból ucha prawego. Ciepłota wynosiła

39,6 C. Na koniuszku wyrostka sutkowego lekka tkliwość. Wieczorem tegoż dnia nastąpiło samoistne przedziurawienie prawej błony bębenkowej i ropny wyciek. Błona bębenkowa lewa zmętniała i wciągnięta. Słuch znacznie upośledzony w uchu prawem, a nieznacznie w lewem. Rozpoznano: Fibroma nasi et epipharyngis. Otitis media purulenta acuta dextra.

Badanie oczu wykazuje prawidłowy obraz dna oka. Zdjęcie roentgenologiczne jam bocznych wykazuje wyraźne zaciemnienie prawej jamy górnoszczękowej. Badanie *histologiczne* wycinka z nosa stwierdza budowę *włókniaka*

Obserwacja chorego w ciągu następnego tygodnia wykazała wzrost guza, który więcej zwisa w gardle i wyrasta do przodu przez prawe nozdrze. Zdecydowano się na zabieg operacyjny.

19.XI. 1925 r. Operacja sposobem Denkera. Po podaniu podskórnem 0,01 morfiny znieczulono jamę nosową i gardłową 10%-owym roztworem kokainy. Ponadto wstrzyknięto 1%-owy roztwór nowokainy z adrenaliną w guz od strony jamy nosowej i gardłowo-nosowej oraz znieczulono tym samym sposobem przednią ścianę szczęki górnej wraz z pniem nerwu oczodołowego dolnego. Po nacięciu śluzówki w załamku wargi górnej i odsunięciu części miękkich wydłutowano przednią ścianę jamy szczękowej prawej i boczną ścianę jamy nosowej prawej. Okazało się, że guz wypełnia całą jamę szczękową, nosową i nosowo-gardłową Po oddzieleniu guza w jamie sczękowej stwierdzono, że wrasta on ku górze w okolicę jamy klinowej i komórek sitowych, wskutek czego oddzielenie jest bardzo utrudnione. Wobec bardzo silnego krwawienia obcięto guz wypełniający jamę nosową i szczękową od przodu oraz guz jamy nosowo-gardłowej od tyłu zapomocą kleszczy Jurasza i nożyczek. Wykonano tamponadę Beloqua i założono tampony do jam nosowych od przodu. Silne osłabienie i bladość chorego, tętno szybkie, ledwo wyczuwalne; wstrzyknięto Ol. Camphoratum oraz podskórnie podano 1 litr fizjologicznego roztworu Na Cl.

21 XI. Chory jest bardzo osłabiony, krwawienia niema. Ciepłota do 38 C. Usunięto tamponadę tylną, wytamponowano jamę szczękową i nosową po stronie prawej, poczem wystąpiło dość znaczne krwawienie.

22 XI. Chory ma się względnie dobrze. Otrzymuje doustnie wapno oraz obfite odżywianie. Po kilku dniach stan podgorączkowy ustąpił, krwawienie zupełnie ustało. Badanie wykazuje resztki guza w nosie, wypełniającego obie jamy nosowe oraz jamę gardłowo-nosową.

Po 10 dniach chory otrzymał 4 naświetlenia promieniami Roentgena, a to z pola nosowo-gładziznowego, z 2 pól policzkowo-skroniowych oraz przez jamę ustną. W tydzień później otrzymał II-ą serję naświetlań. Stan chorego dobry, chorego wypisano z poleceniem zgłoszenia się do dalszego leczenia.

Dnia 3.II. 1925 r. zgłosił się ponownie. Od czasu opuszczenia kliniki t. j. od stycznia b. r. stan chorego nie uległ zmianie, jednak objawy niedokrwistości i wycieńczenia ustąpiły. Badanie wykazało: w prawej jamie nosowej widać blado różowy guz szklisty, wypełniający szczelnie światło. Przedsionek i część przewodu jest wolna. Po stronie lewej widać ten sam guz, lecz więcej w głębi. Nos wogóle niedrożny. Jama nosowo-gardłowa: z poza podniebienia miękkiego widać wychylający się do jamy gardłowej guz wielkości orzecha włoskiego. Przy rynoskopji tylnej widać całą prawie jamę gardłową wypełnioną guzem. Odnosi się wrażenie, że przez miesiąc od chwili opuszczenia kliniki guz się nie powiększył. Chory otrzymał III-ą serję naświetlań promieniami Roentgena i został wypisany

z poleceniem zgłaszania się do dalszego naświetlania. Następnie był naświetlany ambulatoryjnie w odstępach 8 — 12 tygodni w ciągu 2 lat t. j. do roku 1927. W całości otrzymał 8 serji naświetlań, po 1/8 dawki rumieniowej na pole w każdej serji.

Badany w grudniu 1927 r. wykazał stan następujący: Stwierdzono całkowity zanik guza w jamach nosowych i jamie nosowo-gardłowej z pozostawieniem blizny w prawej jamie nosowej. Ostatnio badany w marcu 1932 roku. Stwierdzono: W prawej jamie nosowej w części tylnej bliznowaty zrost bocznej ściany nosa z przegrodą, lecz niekompletny, który powstał najprawdopodobniej na skutek urazu operacyjnego śluzówki przegrody i guza. Wzdłuż dolnej ściany drożność jest utrzymana. W lewej jamie nosowej obraz suchego nieżytu, jama nosowa lewa zupełnie wolna. W jamie nosowo-gardłowej nic nie pozostało z guza, śluzówka gładka bez jakichkolwiek zgrubień.

W przypadku tym po operacji sposobem Denkera pozostała wielka masa guza, która pod wpływem naświetlań, wykonywanych w ciągu 2 lat całkowicie zanikła. Przypadek ten uważać należy za całkowicie wyleczony właściwie jedynie tylko naświetlaniami promieniami Roentgena, gdyż częściowe wycięcie guza nie zapobiegło dalszemu jego rozrostowi, ani też nie spowodowało zaniku pozostawionej reszty włókniaka. W ciągu 7 lat przypadek ten jest w naszej obserwacji. Podmiotowo czuje się doskonale. Wykonywa zawód strażaka ogniowego.

P r z y p a d e k 2. Chory C. W. lat 19 zgłosił się dnia 5.XII. 1925 r. i podaje, że zawsze czuł się dobrze, lecz od 6-ciu miesięcy uczuł trudność w oddychaniu przez nos, która coraz bardziej się nasilała. Przad dwoma miesiącami pojawiły się krwawienia z lewej jamy nosowej, początkowo słabe, później coraz silniejsze. Leczył się na prowincji, gdzie wykonywano mu przyżegania w nosie. Obecnie zgłasza się do kliniki.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, miernie odżywiony. Obie jamy nosowe zupełnie niedrożne; przy dużem nasileniu wydechu przez prawą jamę przeciska się skąpa ilość powietrza. Przy oglądaniu wziernikiem stwierdza się w jamach obfitą ilość śluzu z przemieszką krwi. Muszle nosowe nie powiększone, przegroda obustronnie nieco zgrubiała przypodstawnie; tylna część jam nosowych i nozdrza tylne zatkane przez guz o powierzchni wybitnie unaczynionej, a przy dotyku obficie krwawiącej. Na sklepieniu jamy nosowo-gardłowej jest widoczny guz, który zatyka zupełnie nozdrza tylne, powierzchnia guza nierówna gózkowata, bogato ukrwiona. Podniebienie miękkie znajduje się w położeniu prawidłowem.

Po znieczuleniu 20%-ową kokainą z adrenaliną wykonano konchotomem próbny wycinek z guza widocznego w jamie nosowej prawej. Po pobraniu wycinka bardzo silne krwawienie tak, że musiano jamę szczelnie wytamponować Badanie drobnowidowe wycinka wykazało: *Fibro-haemangioma.*

Po tygodniu chory otrzymał I-ą serję naświetlań promieniami Roentgena z 3 pól po 1/2 dawki rumieniowej z każdego pola (pole nosowe oraz 2 policzkowe). Po naświetlaniach chory czuje się subjektywnie lepiej; obecnie nie miewa samoistnych krwawień, które przed naświetlaniami były bardzo częste. Objek-

tywnie zmian w nosie, ani też w jamie nosowo-gardłowej nie stwierdzono. Chorego wypisano z kliniki z poleceniem dalszego leczenia.

26.I. 1926 otrzymał II-ą serję naświetlań i zgłosił się do kontroli dnia 26.III 1926. Badanie jam nosowych wykazuje: zmiejszenie się guza w prawej jamie nosowej, która już jest drożna (przy większem ciśnieniu wydechowem). W jamie nosowo-gardłowej widoczny jest guz, zatykający nozdrza tylne, różowy, o powierzchni gładkiej. Ujścia trąbek usznych wolne. W stosunku do wyglądu w lutym b. r. wielkość guza wydaje się mniejszą, zaś powierzchnia więcej równa oraz blada. Chory otrzymał IV-ą serję naświetlań promieniami Roentgena. Przez cały czas pobytu w klinice nie miał krwawień z nosa.

Chory był badany w międzyczasie kilkakrotnie oraz otrzymał dwie serje naświetlań w tym czasie w lecznicy okręgowego Związku K. Ch. we Lwowie (przez D-ra Lenartowskiego). Stan obecny w dniu 30.VI 1927: Na górno-tylnej ścianie jamy nosowo-gardlowej widoczne nieznaczne wałowate zgrubienie śluzówki. Jamy nosowe oraz nozdrza tylne wolne od guza. Powietrze przez nos przechodzi swobodnie. Od rozpoczęcia naświetlań chory nie miał zupełnie krwawień z nosa ani gardła.

Chorego tego, który pozostawał w leczeniu i obserwacji przez przeszło 1½ roku należy uważać za całkowicie wyleczonego tylko zapomocą naświetlań promieniami Roentgena.

Przypadek 3. Chory Ł. H. lat 17 podaje, iż od 2 lat pojawiły się u niego trudności w oddychaniu nosem, nasilające się aż do zupełnej niemożności oddychania nosem.

Stan obecny: Chory dobrze rozwinięty, skóra i błony śluzowe nieco blade. W głębi jam nosowych, które są zupełnie niedrożne, widać obfitą wydzielinę śluzowo-ropną, po usunięciu której pokazuje się guz różowy, dość twardy i obficie unaczyniony, wypełniający zupełnie szczelnie od tyłu jamy nosowe. Na sklepieniu jamy nosowo-gardłowej widoczny guz o wyglądzie podobnym do opisanego w nosie, który całkowicie zasłania nozdrza tylne oraz uciska ujścia trąbek szczególnie prawej. Błony bębenkowe w obu uszach są powciągane. Słuch obustronnie przytępiony na tony niskie.

Rozpoznanie: *Fibroma epipharyngis et nasi.*

W znieczuleniu powierzchownem zapomocą roztworu 10%-owej kokainy z adrenaliną pobrano wycinek próbny z guza przez jamę nosową prawą. Krwotok bardzo znaczny, skutkiem czego nos zatamponowano. W ciągu tygodnia codzienna zmiana tamponów, krwotok coraz mniejszy. Badanie drobnowidowe wykazało: Fibroma oedematosum. Chory otrzymał 3 naświetlania promieniami Roentgena z 3 pól (nosowo-gładziznowe i 2 policzkowe) po 50% dawki rumieniowej. Po 3 tygodniach badanie kontrolne wykazuje nieznaczne zmniejszenie się guza. Chory otrzymał II-ą serję naświetlań — jak poprzednio. Po 6 tygodniach stwierdzono wyraźne zmniejszenie się guza.

W przypadku powyższym mamy niewątpliwie do czynienia z włókniakiem młodzieńczym, który po 2 serjach naświetlań wyraźnie się zmiejszył, tak iż stan podmiotowy chorego, jako też badanie przedmiotowe wykazały znaczną poprawę.

P r z y p a d e k 4. Chory W. K. lat 22 zgłosił się w maju 1927 r. do kliniki, podając, iż od kilku miesięcy czuje zawadzanie w gardle, a od roku całkowite zatkanie nosa.

Stan obecny: Guz wielkości małego jaja wypełnia jamę gardłowo-nosową i spycha podniebienie miękkie ku dołowi. Ponadto guz jest widoczny w jamie gardłowej przy patrzeniu się wprost, jak zwisa od góry. W jamach nosowych widać całkowite zatkanie nozdrzy tylnych, które są zupełnie niedrożne dla powietrza. Gruczoły szyjne niepowiększone. Rozpoznano: Fibroma.

W znieczuleniu kokainowem usunięto zapomocą pętli djatermokoagulacyjnej część guza od jamy gardłowej po odciągnięciu podniebienia miękkiego. Krwawienie było bardzo nieznaczne. Po kilku dniach wykonano przepalanie djatermiczną igłą przez obie jamy nosowe. Stan chorego dobry.

Chory zgłosił się powtórnie 7.XII 1927 r. Po opuszczeniu kliniki w czerwcu czuł się przez kilka miesięcy nieco lepiej, oddychać jednak swobodnie przez nos nie mógł.

Stan obecny: w obu jamach nosowych widoczny jest tylko przerost muszel nosowych, a po skurczeniu się muszli pod działaniem 10%-owego roztworu kokainy widoczna jest masa guza, zatykająca oba nozdrza tylne. Badanie jamy nosowo-gardłowej wykazuje obecność guza barwy różowej o powierzchni nieco nierównej. Guz jest twardy, wypełnia jamę nosowo-gardłową więcej po stronie lewej. W porównaniu z badaniem w maju guz jest o połowę mniejszy. Krtań oraz narządy wewnętrzne zmian patologicznych nie wykazują.

17.XII. W znieczuleniu miejscowem ucięto kawał guza zapomocą pętli djatermokoagulacyjnej. Z powodu szerokiej podstawy guza nie udało się założyć jej aż do przyczepu. Krwawienie po zabiegu było małe. Stan chorego dobry, utrzymuje się nieznaczny obrzęk reszty guza. Po tygodniu w znieczuleniu miejscowem nakłuto kilkakrotnie guz igłą djatermokoagulacyjną przez jamę nosową prawą, to samo wykonano znowu po tygodniu przez lewą. Krwawienia nie było. Przez kilka dni po ostatnim zabiegu chory zagorączkował wśród objawów ostrego nieżytu oskrzeli. Po 6 dniach ciepłota opadła do normy. Ogólne objawy „grypowe“ ustąpiły.

Badanie jamy nosowo-gardłowej wykonane 13.I.28 wykazało bardzo znaczne zmniejszenie się guza, którego powierzchnia jeszcze nie oczyściła się ze spalonej djatermją tkanki. Chory może wdychać przez nos, przy wydechu zaś guz zatyka jeszcze nozdrza. Chory otrzymał serję naświetlań promieniami Roentgena z 3 pól.

W przypadku tym włókniak wielkości jaja kurzego został usunięty zapomocą pętli djatermicznej, a częściowo zniszczono go igłą djatermokoagulacyjną. W ten sposób spowodowano częściowo spalenie guza, a częściowo zanik jego skutkiem blizn w miejscu spalenia. W końcu zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena celem zniszczenia pozostałej reszty guza.

P r z y p a d e k 5. Chory M. A. lat 13 podaje, że od roku nie może oddychać przez lewą jamę nosową. Trudność oddychania wzmaga się stale, ostatnio wystąpiło ponadto uczucie zawadzania w gardle przy połykaniu.

Stan obecny w dniu 6.II. 1928 r. Chory dobrze rozwinięty i odżywiony. Uderza bladość skóry i błon śluzowych. Przy oddechu chory trzyma usta stale

otwarte. Lewa jama nosowa jest zupełnie niedrożna, prawa prawie zupełnie zatkana. W przewodzie nosowym dolnym dużo wydzieliny śluzowo - ropnej. Błona śluzowa szaro - czerwona i przerosła nawet na przegrodzie. Zgłębnikiem natrafia się głęboko w nozdrzach tylnych na opór, wywołany przez guz dość twardy i krwawiący przy dotknięciu. W jamie nosowo-gardłowej zapomocą lusterka stwierdza się duży guz o powierzchni równej, różowy, zamykający nozdrza tylne i dotykający podniebienia miękkiego. Palcem wyczuwa się twardy, mało ruchomy guz, którego przyczep znajduje się w górze po lewej stronie. Rozpoznano: *Fibroma iuvenile.* Wycinka próbnego nie pobierano z obawy przed krwawieniem.

22.II. Wykonano w znieczuleniu miejscowem elektrokoagulację przez przewód nosowy lewy zapomocą igły jednobiegunowej, przyczem wykonano kilka wkłuć w guz. Z powodu silnego krwawienia wytamponowano jamę nosową lewą. Po ustaniu krwawienia wykonano w 13 dni później powtórnie elektrokoagulację przez przewód nosowy lewy. Znowu wystąpiło silne krwawienie. W tydzień później w znieczuleniu miejscowem wkłuto kilkakrotnie igłę djatermiczną w guz od strony gardła. W ten sposób udało się spalić guz na dużej przestrzeni. Krwawienie niezbyt duże utrzymywało się 24 godzin.

20.III. a więc w 10 dni od ostatniego zabiegu przypalono w znieczuleniu miejscowem od strony jamy nosowej prawej. Krwawienie obfite, tamponada nosa. W dniu opuszczenia kliniki drożność nosa znacznie lepsza, w czasie wdechu i wydechu może wciągać powietrze przez jamę nosową lewą.

Badanie kontrolne w dniu 12.VI. 1928 roku wykazało stan znacznie lepszy. Chory oddycha dobrze przez jamę nosową lewą, prawa jest jeszcze zatkana. W jamie nosowo - gardłowej widoczny guz znacznie mniejszy, wielkości orzecha laskowego, usadowiony głównie po stronie lewej. Chory otrzymał 3 naświetlania promieniami Roentgena z 3 pól po 300 r. na pole.

W przypadku tym włókniak jamy nosowo - gardłowej, tworzący wypustki do jam nosowych, zmniejszono zapomocą kilkakrotnych przypalań przez jamy nosowe i od strony gardła przy użyciu elektrokoagulacji jednobiegunowej. Dla całkowitego uleczenia i zapobieżenia nawrotowi poddano chorego naświetlaniom promieniami Roentgena. Przypadek ten uważać należy za uleczony głównie zapomocą djatermokoagulacji, którą chory w kilkakrotnem stosowaniu zniósł dobrze.

P r z y p a d e k 6. Chory B. J. lat 12 zgłosił się do tutejszej kliniki 2.IV 1925 r. Podaje, iż od lat dwóch nie może oddychać nosem, w nocy chrapie i ma wysychanie w ustach oraz częste krwotoki z nosa.

Stan obecny wykazał przerost muszli dolnych, a w jamie nosowo - gardłowej przerost utkania adenoidalnego, które pod postacią brodawkowatego guza zasłania prawie całkowicie nozdrza tylne. Rozpoznano: Vegetationes adenoidales. W znieczuleniu miejscowem usunięto kleszczami Jurasza bujające utkanie w jamie nosowo-gardłowej. Po usunięciu znaczne polepszenie drożności jam nosowych.

12.XII 1928 r. Chory zgłosił się ponownie do kliniki, podając, iż po opuszczeniu kliniki w roku 1925, przez cały czas czuł się lepiej, oddychał swobodnie nosem i nie krwawił. Po pewnym jednak czasie wystąpiły znowu trud-

ności oddychania nosem i pojawiały się często silne krwotoki. Stan ten w ostatnich czasach pogorszył się znacznie.

Stan obecny: chory wzrostu niskiego, ma skórę bladą, wyraz twarzy głupkowaty. Chory stale trzyma usta otwarte i przez nie oddycha. Gałki oczne wykazują lekki wytrzeszcz, nieco większy po stronie prawej. Policzek prawy wypuklony jest na zewnątrz. Z prawego otworu nosowego wystaje guz polipowaty, miękki, barwy różowej, wychodzący z głębi jamy nosowej. Drożność jamy nosowej jest prawie zupełnie zniesiona, jednakże zgłębnik przechodzi wzdłuż ściany dolnej. Po stronie lewej stwierdza się silne przesunięcie przegrody nosowej na lewo tak, że styka się ona z muszlą dolną. Drożność nosa po tej stronie jest również upośledzona. Podniebienie miękkie silnie obniżone. Jama nosowo-gardłowa wypełniona jest miękkim guzem, leżącym więcej po stronie prawej, który zasłania zupełnie nozdrza tylne. Wobec powyższego obrazu rozpoznano *Fibroma iuvenile.*

Zdecydowano wykonać zabieg operacyjny sposobem Moure'a, 16.I 1929 r. w znieczuleniu miejscowem wykonano otworzenie boczne jamy nosa i częściowe wycięcie guza. Cięciem łukowem, wypuklonem ku górze, przecięto skórę po stronie zewnętrznej nosa (prawej) i oddzielono prawe skrzydełko ku przodowi, odsłaniając w ten sposób zewnętrzny brzeg utworu gruszkowatego, jednakże nie odcinając dolnego przyczepu skrzydełka. Po oddzieleniu okostnej z brzegu kostnego usunięto kość, jak daleko się dało, przy pomocy kleszczy i dłuta, poczem nacięto śluzówkę i odsłonięto guz od strony zewnętrznej. Na tępo oddzielono go częściowo i stwierdzono przy pomocy palca, że guz ten wychodzi z bocznej ściany nosa na szerokiej podstawie i wyrasta również z górnej ściany nosa. Odcięto wolną część guza wielkości orzecha włoskiego, przyczem okazało się, że środkowa część guza przedstawia dużą torbiel, wypełnioną płynem surowiczym. Wobec bardzo silnego krwawienia nie udało się oddzielić i wyciąć pozostałej części torbieli. Założono silną tamponadę, ranę zewnętrzną zeszyto trzema szwami węzełkowemi oraz założono silny opatrunek uciskowy. Po zabiegu temperatura podwyższona dochodzi do 39 C. Przy każdej zmianie opatrunku występuje silne krwawienie Ropienie utrzymuje się dookoła szwów. Badanie histopatologiczne wycinka wykazuje utkanie *włókniaka.* Podwyższenie ciepłoty oraz stałe krwawienie, niekiedy bardzo silne, utrzymuje się przez okres przeszło 2 tygodni. Chory blady, wycieńczony. Dnia 7.II otrzymał chory I-e naświetlanie promieniami Roentgena. W dniach następnych 8-ego i 9-go dalsze naświetlanie z 3 pól po r 200 na pole. Od 11.II do 18.II zastosowano II-gą serję naświetlań. W dniu opuszczenia kliniki 19.II rana zewnętrzna zupełnie wygojona Badanie nosa .wykazuje po stronie prawej guz, wypełniający 2/3 jamy nosowej, w części przedniej jakgdyby nieco polipowato zmieniony. Od strony jamy nosowo-gardłowej wyraźne zmniejszenie się guza, jednak nozdrza tylne pozostają jeszcze niewidoczne. Chory zgłaszał się następnie do naświetlań ambulatoryjnie i otrzymał w maju, lipcu i październiku po 2 naświetlania z pól policzkowo-skroniowych po r. 200. 14.XII—1929 zgłosił się do kontroli, a badanie przedmiotowe wykazało bardzo znaczne zmniejszenie się guza w obu jamach nosowych; w jamie nosowo-gardłowej na sklepieniu utrzymuje się resztka guza. Jamy nosowe drożne obustronnie.

Przypadek powyższy należy uważać za wyleczony wyłącznie zapomocą naświetlań promieniami Roentgena. Usunięcie operacyjne części guza od przodu nie mogło mieć wpływu na cofanie się guza

w głębi. Przypadek ten tak bardzo rozległego włókniaka, który cofnął się bardzo znacznie pod wpływem naświetlań, dowodzi niewątpliwie leczniczego wpływu naświetlań promieniami Roentgena.

Przypadek 7. Chory M. M. lat 18 zgłosił się 28.I — 1929 i podaje że od roku pojawiła się u niego niemożność oddychania nosem, która w ciągu roku coraz bardziej się zwiększała.

Stan obecny: po stronie prawej we wspólnym przewodzie nosowym stwierdza się guz twardy, polipowaty, silnie ukrwiony, wielkości jaja gołębiego, dający się obejść od dołu i od przegrody. Od góry i zewnątrz guz zrośnięty jest z otoczeniem. Silne przesunięcie przegrody nosowej na lewo. Drożność nosa zupełnie zniesiona po stronie prawej, bardzo słaba po lewej. Gardło: podniebienie miękkie przesunięte ku przodowi i dołowi. Jama nosowo-gardłowa wypełniona przez guz twardy niebolesny, o powierzchni gładkiej, wielkości dużego orzecha włoskiego, barwy jasno-różowej. Na powierzchni guza widoczne są rozszerzone żyłki. Przy badaniu palcem guz nie daje się obejść ani przesunąć i łatwo krwawi, wychodzi zaś przeważnie ze strony prawej i zasłania całkowicie nozdrza tylne. Rozpoznano: *Fibroma iuvenile nasi et epipharyngis.*

30.I w znieczuleniu miejscowem wykonano elektrokoagulację guza w przewodzie nosowym prawym przez kilkakrotne wkłucie igły. W czasie zabiegu silne krwawienie, które utrzymuje się przez 5 dni. Chory otrzymał od 6.II do 10.II 4 naświetlania po r. 200 na pole z 4 pól. Po naświetlaniach skok temperatury do 39 C.

Od 12-go do 18.II II-ga serja naświetlań, w czasie której wystąpił silny obrzęk gruczołów podszczękowych i twarzy ze zwyżką ciepłoty do 38,6 C. oraz ponownie nastąpiło kilkakrotnie powtarzające się krwawienie. 17.II krwawienie bardzo znaczne. Założono przednią i tylną tamponadę nosa Z powodu znacznej utraty krwi wykonano infuzję płynu fizjologicznego. Dnia następnego naświetlono śledzionę i wątrobę dla powstrzymania krwawienia. Po 2 dniach usunięto tampony. Nieznaczne krwawienie, które ustąpiło po domięśniowem podaniu koagulenu. Obrzęk gruczołów podszczękowych powoli zmniejsza się pod okładami. 24.II temperatura w godzinach wieczornych dochodzi do 37 6 C. Chory czuje się dobrze. 27.II ponownie obrzęk silny gruczołów szyjnych i podszczękowych oraz skok temperatury do 39,6 C. Podano domięśniowo 2 cm. omnadyny, co powtórzono dnia następnego Po 4 dniach ciepłota obniżyła się, lecz już dnia 4 III rano wystąpiła ponownie zwyżka ciepłoty wśród obrzęków w stawach. Podano ponownie natrium salicylicum. Po kilku dniach pobytu w klinice chorób wewnętrznych ciepłota opadła do normy, stan chorego poprawił się tak, iż na własne życzenie opuścił klinikę.

W kwietniu otrzymał III-ą serję naświetlań z 4 pól po r 300. 4.VIII zgłosił się do badania kontrolnego, które wykazało bardzo znaczne zmniejszenie się guza w jamie nosowo-gardłowej, jakoteż w jamie nosowej prawej, tak, że prawie jest niewidoczny. Drożność jam nosowych jest prawie normalna, a stan ogólny chorego dobry. Od czasu opuszczenia kliniki nie miał krwawień z nosa ani z gardła.

Przypadek włókniaka bardzo bogato unaczynionego leczony był przypalaniem elektrokoagulacją, a następnie otrzymał 3 serje naświetlań promieniami Roentgena. Po zastosowaniu elektrokoagulacji wystąpiło krwawienie, ktore po kilku dniach ustało i wystąpiło zno-

wu po I-ej serji naświetlań i to w tak dużem nasileniu, że musiano stosować tamponadę tylną oraz naświetlanie śledziony i wątroby w celu podniesienia krzepliwości krwi. Do tego dołączył się stan zapalny gruczołów szyjnych, który dawał wysokie podwyżki temperatury w ciągu prawie dwóch tygodni. W przypadku tym wystąpiło ostre zapalenie stawów, co w łączności z obrazem ogólnym przemawiało za stanem septycznym, spowodowanym rozpadem guza pod wpływem elektrokoagulacji i naświetlań promieniami Roentgena. Końcowy jednak wynik leczenia był bardzo dobry, gdyż po 1/2 roku guz prawie całkowicie się cofnął.

Przypadek 8. Chory N. A. lat 21 zgłosił się do kliniki 25.IV 1929 r. podaje, że od 6 miesięcy wystąpiły objawy nieżytu nosa, utrudniające drożność nosa. Ostatnio stan ten pogorszył się do tego stopnia, że chory stroną prawą nosa wcale nie może oddychać, zaś lewą tylko z trudnością.

Stan obecny: w prawej jamie nosowej stwierdza się zanik przedniej części muszli dolnej i środkowej. W tylnej części przewodu wspólnego widoczny jest guz, wypełniający całą tylną część jamy nosowej, barwy różowej, o powierzchni nierównej, pokrytej treścią śluzową, dość twardej konsystencji i na dotyk zgłębnikiem łatwo krwawiący. Drożność nosa po stronie prawej zupełnie zniesiona. Taki sam obraz widoczny jest po stronie lewej, drożność nosa jest znacznie upośledzona. Jamę nosowo-gardłową wypełnia po stronie prawej, a częściowo także po lewej guz twardy, nieruchomy, gładki i łatwo krwawiący. Gruczoły podszczękowe po stronie prawej powiększone, twarde i niezrośnięte ze sobą. Badanie wycinka z guza wykazało: *Fibroma myxomatodes.* W czasie pobytu na klinice krwawienia z nosa. Od 4.V do 8.V chory był naświetlany promieniami Roentgena z 4 pól (nosowe, karkowe i 2 policzkowe) po r 300 na pole. Od 13.V otrzymał II-ą serję naświetlań z 2 pól policzkowych po r 300. Z końcem czerwca III-a serja naświetlań również z 2 pól. Badanie kontrolne 7.X wykazuje bardzo znaczne zmniejszenie się guza do wielkości orzecha laskowego. Drożność jam nosowych dobra.

Przypadek powyższy włókniaka młodzieńczego leczony był jedynie naświetlaniami promieniami Roentgena. Wynik bardzo korzystny, gdyż już po 6 miesiącach guz zmniejszył się do połowy.

Przypadek 9. Chory D. S. lat 18 podaje, że już przed 6 laty zauważył utrudnione oddychanie przez prawą jamę nosową. Po roku wystąpiło zgrubienie po prawej stronie nosa oraz wyrastanie guza w gardle, zwisającego z jamy nosowo-gardłowej. Przed 2 laty zgłosił się do szpitala w Drohobyczu, gdzie po rozcięciu podniebienia miękkiego usunięto guz, przyczem krwawienie miało być nieznaczne. Po zabiegu tym przez krótki czas odczuwał ulgę, poczem wróciły dawne objawy, do których dołączyły się krwawienia z nosa i gardła. Stan obecny: chory wzrostu średniego, dobrze odżywiony. Skóra i błony śluzowe blade. Nasada nosa od zewnątrz jest rozszerzona zwłaszcza po stronie prawej. Przegroda nosowa jest skrzywiona na lewo. Prawa połowa nosa wypełniona przez guz blady, polipowaty, dość twardy. Drożność nosa po tej stronie prawie zupełnie zniesiona. W gardle widoczna jest blizna na podniebieniu miękkiem w linji środ-

kowej po dawnym zabiegu operacyjnym. Podniebienie miękkie przesunięte jest ku przodowi przez guz, wypełniający jamę nosowo-gardłową, wielkości orzecha włoskiego. Guz ten jest na dotyk twardy i łatwo krwawiący oraz zrośnięty z podniebieniem miękkiem w miejscu blizny pooperacyjnej. Błony bębenkowe matowe i wciągnięte po obu stronach. Słuch nieco przytępiony. Przy badaniu palcem wystąpiło dość duże krwawienie, wobec czego zdecydowano chwilowo zabiegu operacyjnego nie wykonywać, lecz zastosować wpierw naświetlanie promieniami Roentgena. W maju 1931 otrzymał chory 2 serje naświetlań z 3 pól po r 300. W czerwcu III-ą serję naświetlań jak poprzednio. Już po 2 serjach naświetlań chory czuł się znacznie lepiej. Krwawienia ustąpiły, a oddech przez nos był swobodniejszy. Chory ten pozostaje nadal w obserwacji.

P r z y p a d e k 10. Chory B. S. lat 18 zgłosił się 15.X 1931 r. Podaje, że od kilku miesięcy ciężko mu oddychać nosem, a w ostatnich miesiącach występowały krwotoki z nosa.

Stan obecny: w nosie błona śluzowa blada i nieco ścieńczała. W prawej jamie nosowej na dnie jej widoczny jest guz blado różowy o konsystencji miękkiej, wrastający od nozdrzy tylnych. W jamie nosowo-gardłowej na górnej ścianie po stronie prawej widoczny guz wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, blado różowej. Chory miewa stany podgorączkowe do 37,6 C. Pobrano wycinek z guza do badania drobnowidowego, które wykazało utkanie naczyniaka zwykłego (Angioma simplex). Po wycięciu skrawka silne krwawienie, utrzymujące się przez dni kilka, tak iż musiano szczelnie tamponować. Od 3.XI do 7.I I-a serja naświetlań z 4 pól po r 300. 13.XI wystąpiły objawy ostrego zapalenia ucha środkowego ze zwyżką ciepłoty do 39 C i samoistnem pęknięciem błony bębenkowej prawej w dniu 16 XI. Ponowne silne krwawienia z nosa, wobec czego naświetlono dwukrotnie śledzionę. Po ustaniu krwawienia w dniu 24.XI badanie jam nosowych stwierdza guz, wychodzący z głębi nozdrzy tylnych po stronie prawej na dno jamy nosowej, blady, miękki i łatwo broczący. W jamie nosowo-gardłowej stan jak poprzednio. Od 30.XI do 2.XII 1931 r. II-a serja naświetlań. Chory czuje się znacznie lepiej, nie krwawi. Chory ten pozostaje w dalszej obserwacji kliniki i już przy opuszczeniu kliniki można było zauważyć poprawę w formie ustąpienia krwotoków.

P r z y p a d e k 11. Chory S. L. lat 17, przysłany ambulatoryjnie do oddziału roentgenowskiego kliniki lekarskiej z rozpoznaniem włókniaka jamy nosogardłowej.

Stan obecny: guz wielkości dużego orzecha włoskiego zajmuje jamę nosowo-gardłową, wychodząc z okolicy bocznej ściany, zamyka nozdrze tylne po stronie lewej. Silne krwawienie na dotyk, na powierzchni częściowy rozpad. Pierwsza serja naświetleń od 12.II do 17.II—1930 z 4 pól po r. 300. W 4 tygodnie później przy badaniu kontrolnem stwierdzono znaczne zmniejszenie się guza, który jest bolesny i nie krwawi. Druga serja naświetlań promieniami Roentgena od 26.III do 31.III—1930 również z 4 pól.

P r z y p a d e k 12. Chory B. D. lat 22, skierowany do oddziału roentgenowskiego kliniki z rozpoznaniem naczyniako-włókniaka jamy nosowo-gardłowej (Fibro-angioma).

Stan obecny: Duży guz, zajmujący całą jamę noso-gardłową i spychający ku dołowi podniebienie miękkie oraz wrastający do jamy nosowej. Silnie krwawiący na dotyk i bardzo dobrze ukrwiony na powierzchni. Chory otrzymał od 27.XI

do 30.XI—1928 1-ą serję naświetlań z 4 pól po r 300. Po I-ej serji naświetlań stan chorego poprawił się. Badanie kontrolne 26.II 1929 wykazało zmniejszenie się guza o połowę dawnej wielkości. Nos jest częściowo drożny. II-a serja naświetlań od 17.III 8o 20.III 1929. Badanie kontrolne, w tym czasie wykonane wykazało dalsze zmniejszenie się guza do 1/3 dawnej objętości. Krwawienia samoistne ustąpiły całkowicie po naświetlaniach.

Przypadek 13. Chory S. M. lat 10, naświetlany ambulatoryjnie w oddziale roentgenowskim kliniki lekarskiej z powodu guza jamy nosowo - gardłowej którego wycinek badany histologicznie wykazał utkanie mięsaka wrzecionowatokomórkowego, co jednak wydawało się błędnem wobec obrazu klinicznego, przemawiającego za tem, że mamy do czynienia z włókniakiem.

Stan obecny: W jamie nosowo-gardłowej stwierdza się obecność guza wielkości dużego orzecha włoskiego, wypełniającego całą jamę nosowo-gardłową i spychającego podniebienie bardzo znacznie ku dołowi i przodowi. Guz na powierzchni gładki, łatwo bardzo krwawiący. *Brak powiększenia gruczołów podszczękowych i szyjnych.* Po dwóch serjach naświetlań z 2 pól policzkowo-skroniowych guz cofnął się do wielkości orzecha laskowego, stał się bardziej opornym, przy dotyku nie krwawił.

Przytoczone ostatnio przypadki leczone były wyłącznie promieniami Roentgena, przyczem uzyskano bądźto częściowe zmniejszenie się guza, bądźteż bardzo znaczną poprawę.

Przypadek 14. Chory R. A. lat 24, murarz, przysłany ambulatoryjnie do kliniki oto-laryngologicznej ze szpitala okręgowego z rozpoznaniem *Fibroma epipharyngis recidivans.*

Chory skarży się na utrudnione oddychanie nosem i przytępienie słuchu w uchu prawem. Oba te cierpienia trwają od kilku lat. W roku 1920 był operowany, w roku 1929 powtórnie z powodu schorzenia nosa, lecz bliższych wyjaśnień podać nie może. Po zabiegu ostatnim miał się przez krótki czas lepiej.

Stan obecny: po stronie lewej przegroda nosowa skrzywiona, zakończona grzebieniem, po stronie prawej muszla dolna i środkowa polipowato zgrubiała. W jamie nosowo-gardłowej widoczny guz mało ruchomy, o różowem zabarwieniu, zajmujący prawie całe jej światło i zasłaniający nozdrza tylne. Badanie jamy nosowo-gardłowej palcem wykazuje, iż guz wychodzi z górnej jej ściany.

31.I w znieczuleniu miejscowem usiłowano pętlą djatermiczną uchwycić guz przez jamę nosową, jednak nie udało się to z powodu szerokiej podstawy guza i ześlizgiwania się pętli; wobec tego spalono część guza od strony nosa zapomocą elektrokoagulacji dwubiegunowej. Po zabiegu wystąpiło silne zapalenie gardła ze zwyżką ciepłoty do 40 C, które po kilku dniach minęło. 27.II wystąpiło zapalenie okostnej szczęki górnej lewej również ze zwyżką ciepłoty. 13.III wykonano ponownie przypalenie guza zapomocą djatermji dwubiegunowej, przyczem igły wkłuwano w sam guz przez nos. Po zabiegu ciepłota podwyższona przez jeden dzień do 38,4 C. 29.IV obcięto pętlą djatermiczną kawałek guza i przypalono w kilku miejscach. To samo powtórzono 22.V. Po każdym z tych zabiegów ciepłota ciała przez kilka dni była podwyższona. 4.VI badanie kontrolne wykazuje: chory oddycha przez nos dobrze. W jamie nosowej widać jedynie od góry resztki guza, zaś w jamie nosowo-gardłowej tylko na sklepieniu.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z nawrotem włókniaka dwa razy operowanego. Zapomocą djatermokoagulacji udało się nam w kilku posiedzeniach guz zniszczyć w całości.

Przypadek 15. Chory B. E. lat 16, przysłany do lecznicy Okręgowego Związku K. CH. z tem, że od miesiąca zupełnie nie może oddychać przez nos. Na prowincji lekarz próbował usunąć polipy nosowe, jednak wystąpiło silne krwawienie. 3.VIII 1931 stan obecny: w jamie nosowej lewej widoczny guz, powodujący rozdęcie przedsionka nosa. Przy dotyku zgłębnikiem guz silnie krwawi. Na przednim końcu guza widoczny jest ubytek, pokryty szarym nalotem i krwawe podbiegnięcie (po robionych próbach usunięcia). Jama nosowo - gardłowa wypełniona jest przez guz gładki, zasłaniający całkowicie oba nozdrza tylne. Badanie palcem stwierdza, że guz ten jest twardy, mało przesuwalny, na dotyk łatwo krwawiący. Podniebienie miękkie jest obniżone przez guz. Pobrany wycinek próbny wykazuje utkanie tkanki zapalne. Po pobraniu wycinka silne krwawienie. Rozpoznano: Fibroma iuvenile cavi nasi et epipharyngis. 20.VII do 22.VII 1931 I-a serja naświetlań z 3 pól po r. 300. 1.IX badanie kontrolne wykazuje bardzo znaczne zmniejszenie się guza. od 1.IX do 4 IX II-a serja naświetlań. Kontrolne badanie po 2 miesiącach t. j. 1.XI 1931 wykazuje, że guz w jamie nosowej zmniejszył się tak znacznie, iż widoczny jest tylko w tyle. W jamie nosowo-gardłowej zmniejszył się do połowy, podniebienie podniosło się. Częściowa drożność jam nosowych. Naświetlano dwukrotnie tylko lewą stronę z pola policzkowo-nosowego po r 300. 1.I 1932 stwierdza się stan jak poprzednio. Wykonano IV-ą serję naświetlań. Chory pozostaje w dalszej obserwacji.

W przypadku tym mimo rozpoznania drobnowidowego, które wykazało stan zapalny, mamy do czynienia z włókniakiem młodzieńczym, za czem przemawia stanowczo obraz kliniczny i długo utrzymujące się krwawienie po wykonaniu próbnego wycinka. Chory otrzymał w ciągu 6 miesięcy 4 serje naświetlań, przyczem uzyskaliśmy bardzo znaczną poprawę, krwawienia ustąpiły, a guz zmniejszył się przynajmniej do połowy.

Rozpoznanie w większości naszych przypadków było potwierdzone badaniem drobnowidowem. W niektórych jednak wynik badania drobnowidowego wycinka próbnego wykazywał utkanie bądźto naczyniaka (przypadek 10-y), bądźteż mięsaka (przypadek 13-y) lub wreszcie tkankę zapalną (przypadek 15-y). W przypadkach tych jednak obraz kliniczny był tak jasny, że rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. Naczyniaki bowiem przedstawiają się odmiennie, są miękkie, zwykle barwy sinej. Nie wykonywaliśmy w żadnym przypadku powtórnego wycinka próbnego, aby uniknąć następowych krwotokow, które po pierwszym wycinku były obfite i utrzymywały się tydzień lub dłużej. Z tego też powodu uważamy pobieranie wycinka próbnego w przypadkach typowych za zbyteczne, a nawet szkodliwe dla chorego. Obraz kliniczny, krwawienie, wiek chorych i płeć są tak charakterystyczne, że rozpoznanie nie może budzić żadnych wątpliwości.

Włókniaki w naszych przypadkach nie wykazywały żadnej tendencji do samoistnego rozpadu. O ile widoczne były ubytki na ich powierzchni, to powstały one skutkiem urazu.

Wielkie i zbyt radykalne zabiegi chirurgiczne uważamy za zbyteczne z tego powodu, że łączą się one zawsze z niebezpieczeństwem znacznego, a nawet śmiertelnego krwawienia oraz zakażenia i tak już skrwawionych osobników. Ponadto nawet najradykalniej wykonany zabieg chirurgiczny nie zapobiega nawrotom, jak na to wskazują nasze dwa przypadki (9-y i 14-y) oraz inne cytowane w piśmiennictwie.

Leczenie radem uważamy w naszych warunkach za niedogodne głównie z tego powodu, że w naszym kraju mamy bardzo małą ilość radu i przeważnie w rękach osob prywatnych, a nadto jest on drogi do stosowania. Stosowanie radu wymaga bardzo wielkiej ostrożności, gdyż najmniejsze uchybienie techniczne może spowodować radjonekrozy w tkance otaczającej. Pozostają więc jako zasadnicze metody lecznicze naświetlanie promieniami Roentgena i djatermokoagulacja.

Na 15 naszych przypadków stosowaliśmy w 14 przypadkach naświetlania promieniami Roentgena i to 3-krotnie w kombinacji z djatermokoagulacją. Elektrokoagulację bez naświetlań następowych stosowano tylko w jednym przypadku.

Sposób leczenia naświetlaniem promieniami Roentgena, stosowany na naszym materjale, nie odbiega od polecanego przez innych autorów. Najczęściej naświetlamy z 3 lub 4 pól. Zależnie od położenia i rozległości guza naświetlamy z pól policzkowo-skroniowych, nosowo-gładziznowego i karkowego, skierowując wiązkę promieni na guz. W dwóch bezpośrednio po sobie następujących serjach obciążamy każde z tych pól dawką skórną, wynoszącą 50% dawki rumieniowej, tak iż otrzymujemy około 70 — 80% dawki ogniskowej na guz. Po 4-ch, 6-u lub 8-u tygodniach chory otrzymuje następną serję naświetlań. Najczęściej wystarczają 3 do 6 serji naświetlań, w pojedyńczych jednak przypadkach zależnie od potrzeby zmuszeni jesteśmy wykonać dalsze naświetlania. O ile spodziewamy się, iż po naświetlaniu zaostrzy się chwilowo proces zapalny, toczący się w guzie najczęściej z powodu już wykonywanych zabiegów, stosujemy dawki niższe od podanych. Naświetlaliśmy przy napięciu 180 KV przez filtr 05 Zn + 2,0 Al. Chcąc utrzymać w ewidencji chorych naświetlanych, musieliśmy niejednokrotnie zamawiać ich do naświetlań, przyczem wykonywano naświetlania pozorne przez gruby filtr ołowiany. Korzystny wpływ naświetlań występował już po kilku tygodniach, naj-

częściej po 6, lecz wyraźny efekt leczniczy dał się zauważyć dopiero po kilku miesiącach. Działania szkodliwego poza lekką suchością w gardle nie stwierdziliśmy.

Z 15 naszych przypadków leczonych było wyłącznie naświetlaniami 9 przypadków, dwa zaś przypadki operowane z częściowym tylko wycięciem guza, poddane zostały następowemu naświetlaniu promieniami Roentgena. Ponadto w 3 przypadkach leczonych za pomocą djatermokoagulacji zastosowaliśmy również naświetlania promieniami Roentgena. Przypadek I-y, II-i i VI-y świadczy bezwzględnie o możliwości całkowitego wyleczenia naświetleniami, przyczem dalsza obserwacja, w niektórych przypadkach w ciągu lat 7-u, nie wykazała nawrotu. W 7 przypadkach wynik naświetlania promieniami Roentgena był bardzo wydatny, guz zmniejszył się do połowy a nawet do 1/3 pierwotnej swej wielkości, przyczem we wszystkich przypadkach ustępowały krwotoki samoistne i powracała drożność nosa. Również samopoczucie chorych po naświetlaniach było lepsze, gdyż mogli lepiej oddychać i połykać. Zmniejszenie się bardzo znaczne guza musimy uważać również za wyleczenie w sensie klinicznym, gdyż żaden z tych przypadków nie okazywał skłonności do nawrotów. W żadnym przypadku naświetlanym nie spostrzegaliśmy stałego i trwałego pogorszenia. Czasem bezpośrednio po naświetlaniu guz nieco brzęknie i wydaje się, że się powiększa, po upływie jednak kilku tygodni wyraźnie stwierdzić można jego znikanie; staje się on twardszym, bledszym i przestaje krwawić przy dotyku.

W 4 przypadkach zastosowano kilkakrotną djatermokoagulację guza przez jamy nosowe albo jamę ustną po odciągnięciu podniebienia miękkiego. Wykonywano to przy pomocy pętli djatermicznej oraz igieł jedno — lub dwu-biegunowych, po uprzedniem znieczuleniu miejscowem 10 %-owym roztworem kokainy oraz wstrzyknięciu w guz kilku ccm. 1 %-owego roztworu nowokainy. W ten sposób udało się nam guz częściowo odciąć zapomocą pętli djatermicznokoagulacyjnej od strony jamy ustnej a resztę spalić przez nos zapomocą igieł jedno lub dwu-biegunowych. Po przypaleniu elektrokoagulacją występowała nieraz reakcja ogólna z podniesieniem ciepłoty. Krwawienie zwyczajnie ustępowało szybko. W jednym przypadku silnie ukrwionego włókniaka po wykonaniu djatermokoagulacji wystąpiło krwawienie, utrzymujące się w ciągu dwóch dni. Następnie uspokoiło się lecz ponownie i w bardzo silnem nasileniu powróciło po naświetlaniu promieniami Roentgena. Musiano wykonać szczelną tamponadę na dni kilka wskutek czego wytworzył się stan septyczny, który jednak

szybko ustąpił. Ropne zapalenie ucha środkowego wystąpiło jako powikłanie po tamponadzie w 2 naszych przypadkach.

Jeden przypadek nawrotu włókniaka dwukrotnie operowanego, zajmującego jamę nosowo-gardłową zniszczono na 4-ch posiedzeniach zapomocą elektrokoagulacji prawie całkowicie.

Jak z przytoczonych historyi chorób oraz z podanego wyżej zestawienia wynika, naświetlanie promieniami Roentgena stanowi ważny czynnik leczniczy w przypadkach włókniaków młodzieńczych. Razem z djatermokoagulacją możemy doprowadzić do zupełnego wyleczenia bez operacji krwawej. W naszych przypadkach nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego. Jeśli nawet leczenie to wymaga dłuższego czasu i dopiero po kilku miesiącach uzyskamy widoczną poprawę, to jednak w porównaniu z operacjami radykalnemi włókniaków naświetlania promieniami Roentgena wraz z elektrokoagulacją stanowią dzisiaj najodpowiedniejszy sposób leczenia włókniaków młodzieńczych.

Piśmiennictwo.

1) Breitländer. Arc. klin. Chir. 1926. 2) Feuchtinger. Zbl.-Hals-... Helik. 1923. 3) Jünglik. Bruns Beiträge. 1919. 4) Ledermann. Kuznitzky. Strahlenth. 1919. 5) Schemp. Erg. med. Strahlenforschung. 1928. 6) Szmurło. Polska Gazeta lek. 1925. 7) Sebileau. Annales de maladies deloreile. 1924. 8) Raynal. Journal de Radiologie. T. XVI. 1932. 9) Hunerman. Podręcznik Denke-Kahler T. V. (zestawienie literatury klinicznej 1929). 10) Berven. Podręcznik Lazarusa, Hdb. der ges. Strahlenheilkunde. 1929.

Prof. D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie
(Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski)*.
i
Z Oddziału Roentgenologicznego Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie
(Dyrektor Kliniki: Prof. Dr. *R. Rencki*).

O klinicznej wartości radjodjagnostyki w otjatrji.

Podali
Doc. Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI, Dr. WITOLD GRABOWSKI
i Dr. KAZIMIERZ SZUMOWSKI St. Asystenci Klinik.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie korzyści, jakie zyskała klinika schorzeń narządu słuchu w tak ważnej metodzie, jaką jest radjodjagnostyka kości skalistej i wyrostka sutkowego. Należy ona do młodych działów radjologji klinicznej, który zwłaszcza w ostatnich latach znacznie się rozwinął. Znaczenie praktyczne tej nowej metody pomocniczej zwolna dopiero nabiera wartości, jednakże coraz częściej znajduje ona zastosowanie w codziennej praktyce klinicznej. Zagranicą, a zwłaszcza w Ameryce i w Niemczech, stosuje się ją powszechnie, w ostatnich zaś latach także we Francji.

W Klinice Oto-laryngologicznej lwowskiej stosujemy systematyczne badania roentgenologiczne od roku 1928 w każdym prawie przypadku schorzenia ucha leczonym klinicznie, a niekiedy nawet leczonym ambulatoryjnie. Doświadczenie nasze zdobyte na przeszło 300 przypadkach patologicznych oraz 110 przypadkach prawidłowych pozwala nam ocenić wartość tej metody pomocniczej, która jest nietylko uzupełnieniem badania klinicznego, lecz niejednokrotnie pozwala wyciągać odpowiednie wnioski i wskazania operacyjne. Spostrzeżeniami naszemi pierwszej serji przypadków podzieliliśmy się w roku 1929 na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

Pierwsze próby zdjęć roentgenologicznych ucha były wykonywane już z końcem ubiegłego stulecia. Na wartość i możliwość klinicznego użytkowania roentgenografji ucha wskazali w roku 1904 *Henle* i *Hinsberg*. *Voss* i *Winkler* w roku 1908 na Zjeździe w Bremie podkreślali wartość roentgenodjagnostyki w otjatrji, przyczem posługiwali się metodą wypracowaną przez *Schüllera*. Mimo szeregu dalszych prac roentgenodjagnostyka w otjatrji nie uzyskała rozpowszechnienia,

dopiero w ostatnich latach dzięki licznym pracom autorów niemieckich i amerykańskich metoda ta ugruntowała się i rozpowszechniła.

W Polsce na znaczenie roentgenografji ucha zwrócił uwagę w r. 1912 *Zamenhof*, a w r. 1928 *Kryński* i *Karbowski*. *Laskiewicz* w roku 1929 zajmował się roentgenologicznym obrazem powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego.

Trudności techniczne, polegające na niemożności uzyskania wyraźnych zdjęć, dających się ze sobą porównać, oraz trudności w ich odczytywaniu stanowiły przez długie lata poważną przeszkodę dla rozpowszechnienia tej metody. Toteż słusznie zwracają uwagę autorowie francuscy *Cottenot* i *Fidon*, oraz z autorów niemieckich *Mayer*, na konieczność ustalenia jednolitej metodyki badania kości skalistej i ucha, gdyż bezład panujący dotychczas stanowił nieprzezwyciężoną przeszkodę w interpretacji i rozumieniu zdjęć roentgenowskich. Każdy niemal z autorów miał własne pozycje zdjęć, a otjatra otrzymywał zdjęcia robione najczęściej w różnych pozycjach, nie dających się ze sobą porównać z powodu różnej projekcji. Należało więc wybrać z około 28 dotychczas opisanych pozycyj rzuty, dające najwyraźniejsze obrazy pewnych odcinków kości skalistej, których jasne przedstawienie na jednem tylko zdjęciu jest niemożliwe.

Jak wiadomo, obraz roentgenologiczny jest rzutem na jedną płaszczyznę. Dla zorjentowania się w stosunkach topograficznych pożądane jest wykonanie zdjęć w kilku różnych płaszczyznach. Zdjęcia stereoskopowe zalecane przez niektórych autorów, jak dotąd, nie znalazły szerszego zastosowania. Złożona budowa kości skalistej oraz różne jej położenie zależne od kształtu czaszki wymagają dużej wprawy w wykonywaniu tych zdjęć, a dalej wprawy i doświadczenia w ich odczytywaniu.

Pozycje używane w roentgenografji wyrostka sutkowego i kości skalistej dadzą się podzielić na dwie g r u p y, pierwsza zawiera pozycje umożliwiające równoczesne zdjęcia obu wyrostków sutkowych i kości skalistych na jednej kliszy, druga zawiera pozycje, dające zdjęcia oddzielne prawej lub lewej kości skroniowej.

Do grupy pierwszej należą pozycje: *Hirtza* — szczytowo-bródkowa, *Worms'a* i *Bretton'a* — czołowo-podpotyliczna i inne.

P o z y c j e o b u s t r o n n e mają jedną wspólną stronę ujemną, mianowicie wskutek konieczności użycia szerokiej wiązki promieni dla zdjęcia całej czaszki, dają obrazy mało wyraźne, a więc ubogie w drobne szczegóły budowy kostnej. Wyrostki sutkowe wskutek projekcji są przeważnie skrócone i zdeformowane. Z tej przyczyny po-

zycje te u dorosłych mogą mieć tylko ograniczone znaczenie, natomiast w roentgenografji wyrostków sutkowych u dzieci mają znaczenie większe. Z pozycyj obustronnych za najlepszą uważamy pozycję czołowo-podpotyliczną *Worms'a* i *Bretton'a* (ryc. 1).

Grupa druga zdjęć jednostronnych jest o wiele liczniejsza pod względem różnorodności pozycyj i jest o wiele częściej stosowaną, głównie dlatego, że daje obrazy znacznie ostrzejsze i bogatsze w szczegóły z powodu możności zastosowania wąskiej wiązki promieni. Jedynie zdjęcia jednostronne pozwalają dobrze zobaczyć szczegóły budowy wyrostka sutkowego, ucha środkowego i wewnętrznego.

Zarzut wysuwany najczęściej przeciw zdjęciom jednostronnym jest ten, że z powodu trudności otrzymania jednakowych zdjęć nie można porównywać strony chorej ze zdrową, co z łatwością się udaje na zdjęciach obustronnych. Przy dzisiejszej jednak technice zdjęć zarzut ten nie jest już istotnym, dziś możemy bowiem z łatwością otrzymać prawie symetryczne zdjęcia zupełnie jednakowe obu stron.

Z szeregu opisanych pozycyj, względnie ich modyfikacyj dla zdjęć jednostronnych wybraliśmy, opracowując nasz materjał kliniczny, trzy najczęściej stosowane pozycje, polecane zresztą przez *Mayera* oraz *Cottenot'a* i *Fidon'a*. Zasadniczą pozycją jest opisana przez *Schüllera*, którą nazywamy ze względu na kierunek projekcji rzutem skroniowo-bębenkowym. W każdym przypadku badania kości skalistej uważamy wykonanie zdjęcia w tym rzucie za konieczne. Promień centralny w tej projekcji przebiega równolegle do osi długiej piramidy, natrafiając po drodze na otwór słuchowy wewnętrzny i zewnętrzny. Drugą pozycją jest podany przez *Stenvers'a* rzut potyliczno-jarzmowy, w którym promień centralny przebiega prostopadle do długiej osi piramidy. Trzecią pozycją jest pozycja opisana przez *Mayera*, będąca rzutem czołowo-bębenkowym, w której promień centralny przebiega pod kątem 45^0 do długiej osi piramidy.

Nie wchodzimy tu w szczegóły techniki zdjęć, gdyż omówimy ją obszernie w szczegółowej pracy, która się ukaże w Polskim Przeglądzie Radjologicznym. Również nie omawiamy tu anatomji radjologicznej, którą w zarysie przedstawiają ryciny pozycyj zasadniczych w przypadkach prawidłowych dobrze pneumatyzowanych, objaśnione przez dołączone schematy (ryc. 2, 3, 4 a, b).

Zdjęcia wykonane we wszystkich trzech pozycjach wzajemnie doskonale się uzupełniają, przedstawiając wyraźnie poszczególne odcinki kości skroniowej. I tak zdjęcie w rzucie skroniowo-bębenkowym (Schüller) daje orjentację co do rozmiaru i rodzaju

pneumatyzacji oraz co do położenia poszczególnych grup komórek sutkowych w kierunku wyrostka sutkowego, łuski skroniowej i kości potylicznej. Ponadto określa wielkość i położenie jamy sutkowej, przebieg stropu jamy bębenkowej, określa dokładnie przebieg i położenie zatoki żylnej w stosunku do przewodu zewnętrznego, wreszcie wykazuje czasem przebieg wypustu żylnego sutkowego (*emissarium mastoideum*) (ryc. 2 a, b).

Zdjęcie w rzucie potyliczno-jarzmowym (Stenvers) przedstawia wyraźnie w pierwszym rzędzie piramidę kości skalistej w całości aż do jej szczytu, pozwala wniknąć w budowę kostnego błędnika, pokazuje kontur stropu jamy bębenkowej oraz strukturę wewnętrzną samego wyrostka sutkowego, a w szczególności jego wielkość i kształt oraz grubość warstwy korowej. Zdjęcie wykonane w tej pozycji przedstawia najlepiej pneumatyzację w obrębie szczytu piramidy. Natomiast ze zdjęcia w tym rzucie nie można dać wyraźnej odpowiedzi co do topograficznego położenia zatoki, stanu jamy bębenkowej jak i jamy sutkowej (ryc. 3 a, b).

Rzut czołowo-bębenkowy (Mayer) jest jedyną pozycją, która najlepiej przedstawia jamę bębenkową, uchyłek nadbębenkowy, jamę sutkową i otaczające ją komórki, stosunek jamy sutkowej do górnego kolanka zatoki żylnej oraz zachowanie się ścian zewnętrznego przewodu słuchowego (ryc. 4 a, b).

Jak z powyższego przedstawienia stosowanych przez nas rzutów wynika, w każdym przypadku zmian chorobowych w obrębie ucha środkowego wraz z wyrostkiem sutkowym zarówno ostrych jak i przewlekłych w celu otrzymania dokładnego i szczegółowego obrazu należy wykonać zdjęcia we wszystkich trzech zasadniczych rzutach, tak po stronie chorej, jak i zdrowej. O ile ze względów oszczędnościowych, lub ze względu na ciężki stan chorego, lub też innych przyczyn nie możemy wykonać wszystkich zdjęć, to przedewszystkiem możemy zrezygnować z wykonania zdjęć strony zdrowej, zwłaszcza, gdy posiadamy już odpowiednią wprawę w odczytywaniu otrzymanych roentgenogramów. Co się tyczy wykonywania zdjęć strony chorej, to kierujemy się jeszcze następującą zasadą. Zdjęcie wykonane w rzucie skroniowo-bębenkowym (Schüller) uważamy jako najlepsze zdjęcie przeglądowe w przypadkach ostrych i przewlekłych. Zdjęcie w rzucie potyliczno-jarzmowym (Stenvers) uważamy za korzystniejsze w sprawach ostrych, natomiast zdjęcie w rzucie czołowo-bębenkowym (Mayer) za korzystniejsze w sprawach przewlekłych.

Radjodjagnostyka ucha wymaga dużego doświadczenia i wprawy, dlatego też uważamy ścisłą współpracę radjologa z otjatrą za rzecz niezbędną. Z tego wynika konieczność zapoznania się radjologa z anatomją patologiczną schorzeń, które w uchu mogą występować, a otjatry — z odczytywaniem zdjęć roentgenowskieh. Wówczas tylko bowiem unikniemy wyciągania wniosków djagnostycznych na podstawie drobnych i niejasnych szczegółów lub też naciągania wyniku badania pomocniczego, jakiem jest badanie roentgenologiczne, pod wpływem sugestji, pochodzącej ze znajomości obrazu klinicznego. Musimy pamiętać o tem, że roentgenogram narządu słuchu jest podobnie jak w innych działach ważnym, a dziś można powiedzieć, że w wielu przypadkach i niezbędnym środkiem pomocniczym w metodyce klinicznego badania. Jako taki środek pomocniczy powinien być zużytkowany wspólnie ze wszystkiemi objawami klinicznemi danego schorzenia dla djagnostyki lub też dla wskazania operacyjnego.

Obraz radjologiczny narządu słuchu pozwala nam w pierwszym rzędzie poznać ukształtowanie i budowę wewnętrzną kości skroniowej, jakoteż odchylenia od normy oraz zaburzenia rozwojowe. Odmiany budowy anatomicznej kości skroniowej są ważne dla otjatrów szczególnie ze względu na ewentualny zabieg operacyjny, który w danym przypadku ma się wykonać.

Przedewszystkiem duże znaczenie dla operatora ma znajomość przebiegu i położenia zatoki żylnej. P r z o d o w a n i e z a t o k i ogranicza pole operacyjne i zmusza niekiedy do wykonania operacji nietypowej. Badanie roentgenologiczne pozwala w wielu przypadkach jeszcze przed zabiegiem na oznaczenie położenia zatoki, przez co ochroni przed jej mimowolnem uszkodzeniem w czasie zabiegu. Często zdarza się, że zatoka żylna jest przesunięta bardziej ku przodowi czyli mamy t. zw. przednie jej położenie, albo też przesunięta ku przodowi i na zewnątrz, czyli boczne jej położenie (ryc. 5). Obie te zmiany położenia zatoki esowatej mają znaczenie klinicznie ważne, jeśli chodzi o zabieg operacyjny. Operator bowiem jest o tem uprzedzony przez roentgenogram i dłótuje znacznie ostrożniej, niż zwykle.

Równie ważną rzeczą jest oznaczenie p o ł o ż e n i a s t r o p u j a m y b ę b e n k o w e j (*tegmen tympani*), którego obniżenie może być również w wielu przypadkach stwierdzone na roentgenogramie. Zarówno nietypowe położenie zatoki jak i stropu występuje najczęściej w wyrostkach sutkowych o skąpej pneumatyzacji.

Oprócz tego niezmiernie ważną sprawą dla otologa jest zapoznanie się z b u d o w ą w e w n ę t r z n ą wyrostka sutkowego. Jak wy-

kazały nasze badania, przeprowadzone w przypadkach prawidłowych, mamy w 75% przypadków budowę wyrostka po obu stronach jednakową lub podobną a w 25% budowa obu wyrostków wykazuje większe różnice. Ma to znaczenie przy porównaniu strony chorej ze zdrową w przypadkach patologicznych. Stwierdzenie budowy wewnętrznej wyrostka sutkowego jest dla otologa z tego względu bardzo ważne, ponieważ pewne objawy kliniczne stają się dla niego przez to bardziej jasne i zrozumiałe. Przy bardzo silnie rozwiniętej pneumatyzacji otolog dowie się z roentgenogramu, że komórki sięgają wysoko ku górze, daleko ku tyłowi, lub znajdują się nawet przed uchem w wyrostku jarzmowym. Stąd też będzie miał wytłumaczenie dla objawów umiejscowienia sprawy chorobowej w grupach komórek przesuniętych ku tyłowi lub ku przodowi. Zapoznanie się z budową wyrostka przed zabiegiem operacyjnym da operatorowi wskazówki, jak daleko ma odsłaniać schorzałe komórki. W przypadkach, w których mimo zabiegu operacyjnego objawy kliniczne dalszego rozwijania się stanu zapalnego w wyrostku sutkowym nie ustępują, można zapomocą roentgenogramu przekonać się, czy nie pozostała jakaś grupa komórek nieodsłonięta. W przypadkach tych bowiem musimy się liczyć z koniecznością powtórnego zabiegu, by nie dopuścić do dalszych powikłań.

Ostre zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego znajduje swój wyraz w obrazie roentgenowskim nawet już w bardzo wczesnym okresie. Mamy wówczas na roentgenogramie widoczne lekkie zajęcie komórek sutkowych, które są nieznacznie zamglone w porównaniu ze stroną przeciwną. O ile stan zapalny przechodzi w ropny i rozwija się w wyrostku sutkowym dalej, to występuje w komórkach coraz większe zaciemnienie oraz zatarcie rysunku przegródek kostnych. Zaciemnienie komórek w wyrostku sutkowym może mieć różne nasilenie. Najczęściej obejmuje ono równomiernie cały system komórek. Może ono być wywołane zarówno przez obrzęk śluzówki, jakoteż wysięk w komórkach surowiczy lub ropny. Z obecności więc samego zaciemnienia komórek nie możemy wnioskować, jak daleko stan zapalny w wyrostku sutkowym jest posunięty. W bardzo wielu przypadkach zamglenie to ustępuje w miarę resorbcji wysięku w komórkach lub też ustąpienia obrzęku śluzówki. Objawy jednak kliniczne ustępują szybciej, aniżeli zaciemnienie komórek na roentgenogramie. Mogliśmy się przekonać na serjach zdjęć, robionych co kilka dni, w przebiegu ostrego stanu zapalnego wyrostka sutkowego, że mimo ustąpienia objawów klinicznych zaciem-

nienie komórek utrzymywało się jeszcze przez długi czas. Jakkolwiek ulega ono pewnemu wyjaśnieniu, to jednak prawdopodobnie nie powraca nigdy do obrazu pierwotnego przed stanem zapalnym. W przypadkach zapalenia ucha zewnętrznego, w których może wystąpić obrzęk poza małżowiną uszną i w przewodzie zewnętrznym słuchowym, uniemożliwiający zbadanie błony bębenkowej, roentgenogram może rozstrzygnąć, czy ucho środkowe wraz z wyrostkiem sutkowym objęte jest procesem zapalnym, czy też nie.

O ile ropne zapalenie w wyrostku sutkowym rozwija się dalej, to doprowadza do zniszczenia częściowego lub całkowitego wewnętrznej struktury wyrostka sutkowego. Wówczas występują na roentgenogramie zmiany w przegródkach kostnych, (ryc. 5), które częściowo znikają lub są poprzerywane i przedstawiają się jako drobne, nieregularne, plamkowe cienie, albo też ulegają jakby wessaniu i powodują wytworzenie się jednej jamy (ryc. 7) lub kilku większych jam (*empyema*). Jamy takie mogą się wytworzyć w różnych okolicach wyrostka, a więc w otoczeniu jamy sutkowej, zatoki żylnej, pod stropem jamy bębenkowej, na szczycie wyrostka, lub też wreszcie w nietypowych przypadkach w komórkach wyrostka jarzmowego. W przypadkach, w których przyszło do wytworzenia się zniszczenia wewnątrz wyrostka, może dojść także do przebicia ściany zewnętrznej wyrostka lub wewnętrznej ściany szczytu wyrostka. W przypadku pierwszym wytworzy się ropień podokostnowy, w przypadku drugim t. zw. forma Bezolda zapalenia wyrostka sutkowego, którą charakteryzuje powstanie ropnia poniżej szczytu wyrostka. Na roentgenogramie występuje wtedy miejsce zniszczenia ściany kostnej w postaci przerwania zarysu warstwy korowej, podobnie jak niekiedy możemy widzieć ubytki w ścianie kostnej zatoki żylnej, lub stropie jamy bębenkowej (ryc. 8).

Niektórzy autorowie opisują, że nawet t. zw, zespół objawów Gradenigó może mieć charakterystyczny obraz roentgenologiczny, dający zaciemnienie lub zniszczenie komórek, znajdujących się na szczycie piramidy. Dlatego też, w przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego z porażeniem nerwu odwodzącego (*n. abducens*) oraz silnych bólów w obrębie gałęzi nerwu trójdzielnego należy wykonać zdjęcie roentgenowskie szczytu piramidy.

Zmiany na roentgenogramach wyrostka sutkowego występują najwyraźniej wówczas, kiedy wyrostek jest dobrze pneumatyzowany. W wyrostkach o powstrzymanej pneumatyzacji obraz ostrego stanu zapalnego nie może być tłumaczony z tem samem prawdopodobień-

stwem, jak w wyrostku dobrze pneumatyzowanym, gdyż nie mamy pewności, czy zaciemnienie komórek w danym przypadku nie jest wyrazem powstrzymania pneumatyzacji.

Każde odczytanie roentgenogramów wyrostka sutkowego w przypadkach ostrego zapalenia powinno być uzgodnione ze stanem klinicznym. W przypadkach, w których objawy kliniczne dają bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego, a więc, gdy wystąpią objawy zagrażające życiu chorego i wskazujące na powikłania ze strony sąsiednich narządów, przystępujemy do zabiegu operacyjnego bez względu na wynik badania roentgenologicznego. Jest bowiem rzeczą jasną, że roentgenogram może nam nie wykazać drobnych ognisk ropnych w obrębie wyrostka lub też komórek, trudno dostępnych dla zdjęcia. W przypadkach zaś, w których objawy kliniczne, jak podwyższenie ciepłoty, bóle głowy, bolesność na ucisk, obrzęk na wyrostku i obfitość wycieku ropnego występują w słabem nasileniu i utrzymują się w ciągu dłuższego czasu bez zmiany, zdjęcie roentgenowskie może nam rozstrzygnąć o konieczności wykonania zabiegu operacyjnego, lub o powstrzymaniu się od niego. Jeśli bowiem w takim stanie objawów klinicznych znajdziemy jamę w okolicy zatoki lub blisko stropu jamy bębenkowej lub też w obrębie całego wyrostka sutkowego, powstałą skutkiem zniszczenia beleczek kostnych, to zdecydujemy się na zabieg operacyjny. Jeśli zaś stwierdzimy na roentgenogramie tylko zamglenie komórek bez obrazu wyraźnego zniszczenia, wówczas zajmiemy stanowisko wyczekujące. W tych przypadkach daje nam również wskazówki próba przewodnictwa ciepła wodna lub djatermiczna *Zalewskiego.*

U dzieci w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka sutkowego o zabiegu operacyjnym decydują przedewszystkiem objawy kliniczne.

Przechodzimy teraz do omówienia znaczenia radjodjagnostyki w przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego. W przeważającej liczbie przypadków przewlekłego zapalenia ucha środkowego stwierdzamy na roentgenogramach zbitą budowę wyrostków lub też o bardzo znacznie powstrzymanej pneumatyzacji. W przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego może przyjść i często przychodzi do zaostrzenia się procesu zapalnego, a nawet do przejścia sprawy zapalnej na wyrostek sutkowy. Rzecz naturalna, że w pierwszym rzędzie objawy kliniczne, o ile są bardzo silnie i wyraźnie zaznaczone, decydują o naszem postępowaniu. Roentgenogram może nam niekiedy wykazać na tle jednolicie zaciemnionego o zbitej budowie kostnej wyrostka sutkowego obecność

wyjaśnienia w postaci jamy. Wyjaśnienie to może odpowiadać jamie, powstałej wskutek zniszczenia kości, jednakże musimy być ostrożni z wyciąganiem wniosków, gdyż może ona również odpowiadać małej grupie komórek lub nawet pojedyńczej komórce bez zmian chorobowych.

Najważniejszem pytaniem, które sobie stawiamy w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, jest, czy w danym przypadku mamy do czynienia z perlakiem (*cholesteatoma*), czy też nie. Na pytanie to we wszystkich prawie przypadkach w razie obecności większego perlaka roentgenogram nam odpowie dodatnio. Natomiast perlaki bardzo małe, ograniczone tylko do jamy bębenkowej, są trudne do wykrycia na zdjęciu roentgenowskiem. Ale i w tych przypadkach możemy wysnuwać pewne przypuszczenia o jego obecności ze zwiększenia się wyjaśnienia w obrębie jamy bębenkowej. Jeśli natomiast perlak osiąga większy wymiar i obejmuje jamę sutkową lub część wyrostka sutkowego (ryc. 9, 10 i 11), to widzimy na roentgenogramie rozległe wyjaśnienie o brzegach ostro się odgraniczających od zbitej tkanki pozostałej części wyrostka sutkowego. Możemy też z roentgenogramów odczytać, czy utrzymana jest kostna ściana zatoki żylnej (ryc. 9) lub jam czaszkowych, jakkolwiek nie w każdym przypadku. Wykazanie przetoki błędnikowej na podstawie roentgenogramu jest rzeczą trudną, choć czasem możliwą. Niekiedy perlak może doprowadzić do zniszczenia tylnej ściany kostnego przewodu zewnętrznego, przez co powstaje z jamy bębenkowej, sutkowej i wyrostka sutkowego jedna wielka jama, czyli t. zw. naturalna doszczętna operacja (ryc. 11).

Wykazanie na roentgenogramie obecności perlaka w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, które nieraz trwa całemi latami, aż w pewnej chwili sprowadza powikłania, zagrażające życiu chorego, jest rzeczą pierwszorzędnej doniosłości dla klinicysty, gdyż przedstawia mu stan faktyczny zniszczenia, oraz decyduje o jego dalszem postępowaniu. W tem też leży może największa wartość roentgenografji dla przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego i wszystkich powikłań, które z niego mogą wyniknąć.

W przebiegu przewlekłego ropienia ucha środkowego mamy czasem przetoki na zewnętrznej powierzchni wyrostka sutkowego lub też w przewodzie słuchowym zewnętrznym. W tych przypadkach zdjęcie roentgenowskie, wykonane po wprowadzeniu do przetoki płynu kontrastowego, lipiodolu lub jodipiny, wykaże nam kierunek jej przebiegu i obecność jamy, do której prowadzi. Widzimy wówczas prze-

tokę, wypełnioną płynem kontrastowym, a niekiedy odlew przewodu słuchowego zewnętrznego skutkiem wyciekania do niego płynu kontrastowego.

Rozpoznanie zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego o charakterze gruźliczym jest na podstawie roentgenogramu trudne i właściwie o rozpoznaniu decyduje w tych przypadkach tylko obraz kliniczny.

Zdjęcie roentgenowskie wykazuje nam ponadto ubytki po operacjach, dawniej wykonanych na wyrostku sutkowym. Niekiedy bowiem w przypadku przewlekłego ropienia ucha środkowego była już kiedyś wykonana antrotomja, która jednak nie zapobiegła temu, że stan ropny ucha przeszedł w przewlekły. Wówczas przed przystąpieniem do operacji doszczętnej możemy wykazać na roentgenogramie ubytek pooperacyjny i jego stosunek do ewentualnie istniejących nowych ognisk zapalnych w kości lub obecność perlaka.

Oprócz wyżej omówionych ostrych i przewlekłych stanów zapalnych ucha środkowego radjodjagnostyka ma znaczenie w przypadkach urazowego pęknięcia kości skalistej (ryc. 12 a, b). podłużnego lub poprzecznego w stosunku do piramidy. W większości przypadków możemy wykazać te pęknięcia na roentgenogramach, jednak ujemny wynik nie przemawia przeciw pęknięciu. O wykonaniu trepanacji przy pęknięciach, idących przez kość skalistą, decyduje przedewszystkiem przebieg kliniczny, a więc to, czy w łączności z pęknięciem wystąpił stan zapalny w obrębie ucha środkowego lub w jego sąsiedztwie i w jakim stopniu.

Zapomocą radjografji możemy wykazać ciała obce metalowe, znajdujące się w sąsiedztwie przewodu lub w obrębie ucha środkowego, jak to niejednokrotnie zdarzało się w przypadkach, ogłoszonych z czasów wojny.

Także guzy dobrotliwe lub złośliwe, występujące w obrębie narządu słuchowego, możemy wykazać na zdjęciach roentgenowskich. Chrzęstniaki (*chondromata*) i kostniaki (*osteomata*) przewodu zewnętrznego słuchowego są widoczne otoskopijnie, lecz dopiero na radjogramie możemy się przekonać o ich wielkości i budowie, gdyż chrzęstniaki nie dają cienia, natomiast kostniaki dają cień intensywny. W przewodzie wewnętrznym słuchowym można je stwierdzić roentgenologicznie w łączności z obrazem klinicznym powstającej głuchoty skutkiem ucisku na nerw słuchoty i jego zanik. Roentgenogram w tych przypadkach może mieć znaczenie różniczkowe w stosunku do guzów

nerwu słuchowego, które powodują skutkiem rozrostu rozszerzenie wewnętrznego przewodu słuchowego, co da się stwierdzić na roentgenogramie. O ile mamy rozległe zniszczenie w obrębie ucha środkowego, drążące w piramidę, w łuskę lub w innych kierunkach, możemy myśleć o nowotworze złośliwym jak rak, mięsak lub śródbłoniak, jakkolwiek te nowotwory wyrastają bardzo rzadko z ucha środkowego.

Zbierając to, co powiedzieliśmy o znaczeniu klinicznem radjografji narządu słuchu, musimy podkreślić, że radjodjagnostyka zyskała sobie już dziś trwałą wartość w otjatrji, a w niektórych schorzeniach narządu słuchowego może mieć znaczenie decydujące, zarówno w djagnostyce, jak i we wskazaniach do zabiegów operacyjnych. Jednakże zaznaczamy przytem, że w każdym przypadku radjogram może być zużytkowany tylko jako środek pomocniczy w łączności z objawami klinicznemi.

Piśmiennictwo:

1) Cottenot-Fidon: Arch. internat, de laryngol. T. 7. 1928. 2) Dobrzański-Grabowski-Szumowski: Wykład z pokazami wygłoszony na XIII Zjeździe lekarzy i przyrodników w Wilnie w sekcji otolaryngologicznej we wrześniu 1929. 3) Henle: cyt. wedl. Mayera. 4) Hinsberg: cyt. wedl. Mayera. 5) Kryński-Karbowski: Pokazy w Pol. T-wie Otolaryng. 1928. 6) Laskiewicz: Pol. Przegląd Otolaryngol. 1929. 7) Mayer E. G.: Otologische Roentgendiagnostik. Syringer 1930. Zestawienie obszerne piśmiennictwa. 8) Schüller: Wiener Klinische Wochenschr. 1908. 9) Stenvers: Roentgenologie des Felsenbeines. Springer. 1928. 10) Voss: cyt. wedl. Mayera. 11) Winkler: cyt. wedl. Mayera. 12) Worms-Bretton: Journ. de Radiologie. T. 13. 1929. 13) Zalewski: Polska Gazeta Lekarska. 1924. 14) Zamenhoff: Medycyna i Kronika lek. 1912.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

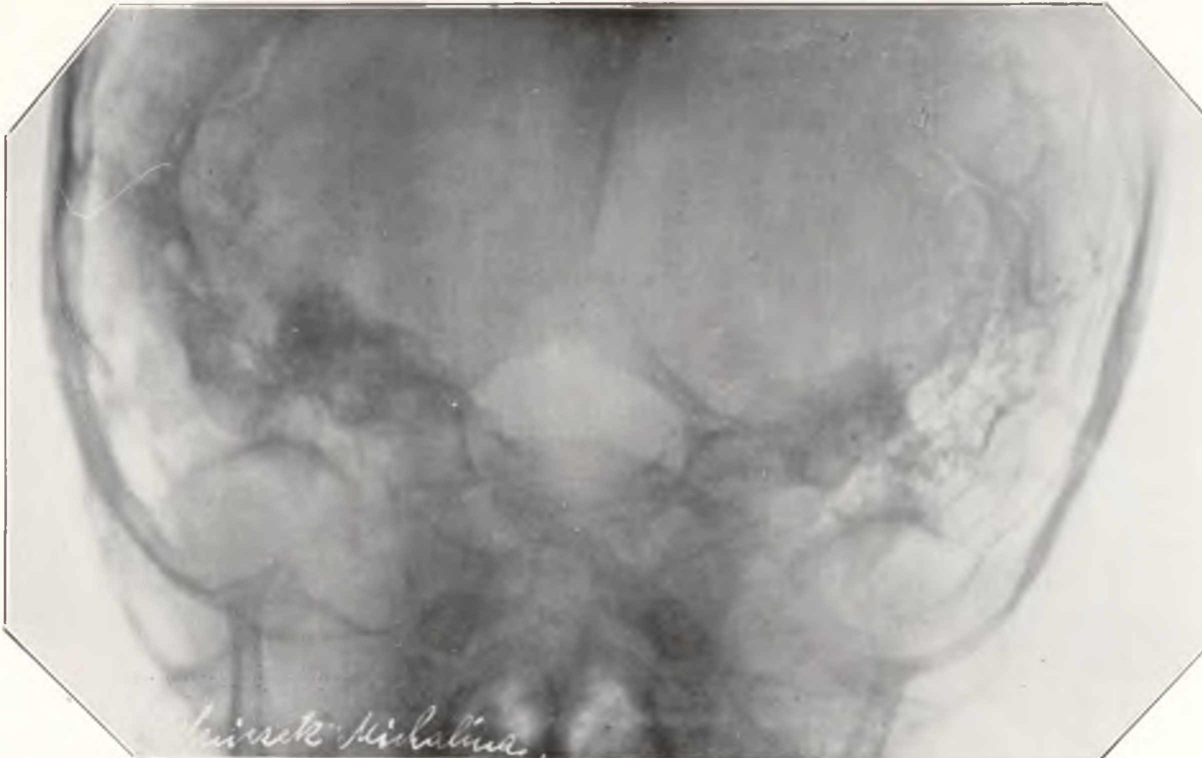
Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. S. B. (Kierownik Pr. Dr. J. Szmurło).

Badania porównawcze nad budową przegrody nosowej, a rozwojem sąsiednich narządów.

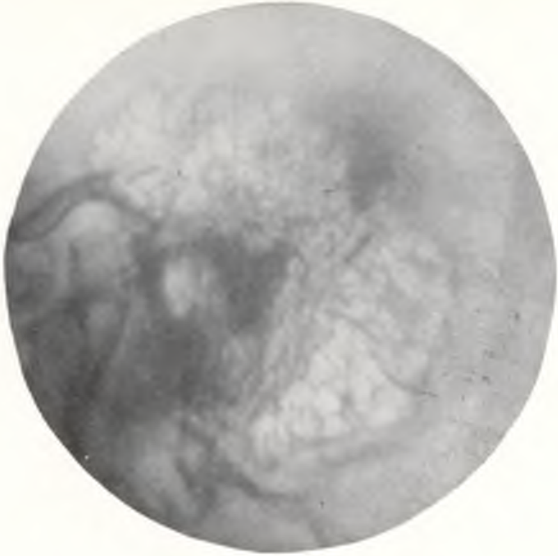
Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.

Częstość występowania skrzywień przegrody, zwłaszcza u europejczyków jest bardzo znaczna. Wielu autorów, jak *Doumenge*, *Passow*, *Schech* naogół zaprzeczają istnienia u ludzi zupełnie równej przegrody nosowej. Statystyka *Heymanna* wykazuje 96% skrzywień, *Sędziak* na 200 chorych stwierdził skrzywioną przegrodę w 83%, *Jurasz* — na 300 chorych — w 64%, *Szmurło* — w 37%. *Szmurło* i *Wąsowski* — w 44%. Skrzywienie przegrody częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet, u dorosłych częściej, niż u dzieci. *Jurasz* stwierdził skrzywienie przegrody u mężczyzn w 68%, u kobiet zaś — w 32%. *Stier* — u mężczyzn — w 69%, u kobiet — w 28%. *Szmurło* u mężczyzn — w 52%, u kobiet — w 22%, *Szmurło* i *Wąsowski* u mężczyzn — w 62%, u kobiet — w 50%, *Doumenge* u mężczyzn — w 62%, u kobiet — w 37%. Widzimy, że u mężczyzn skrzywienie przegrody występuje przeszło dwa razy częściej, niż u kobiet. U dzieci *Frankenberger* stwierdził w wieku do 7 lat skrzywienie przegrody w 12%, w wieku od 5 — 15 lat — w 38%. *Szmurło* i *Wąsowski* stwierdzili skrzywienie przegrody u dzieci do 5 lat w 22%, u dzieci zaś od 5 — 15 lat — w 33%. *Kafeman* podaje w statystyce swej 19% skrzywień przegrody u dzieci. *Szmurło* w swej poprzedniej statystyce — w 29%. Wszystkie więc statystyki stwierdzają rzadkość występowania skrzywień przegrody u dzieci w porównaniu z dorosłymi. Jednakże skrzywienia przegrody nosowej spotyka się w każdym wieku, nawet u noworodków i płodów, jak to stwierdzili *Anton*, *Michałkowicz*, *Franke i Hirsch*. Co do kierunku skrzywień przegrody nosowej badania są sprzeczne. *Sędziak* i *Jurasz* spotykali częściej skrzywienia przegrody w stronę prawą, większe zaś statystyki *Makkenziego* i *Szmurły* i *Wąsowskiego* wykazują przewagę skrzywień przegrody ku stronie lewej.

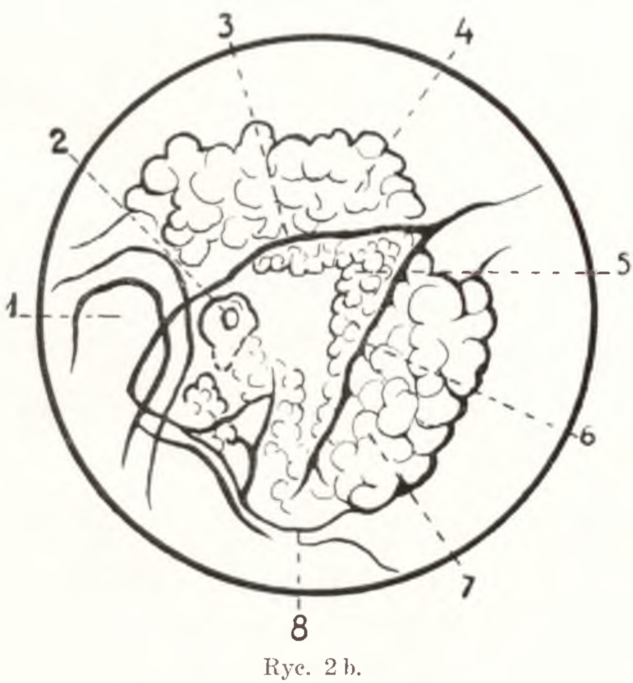
Etjologja skrzywień przegrody jest wieloraka. Dużą rolę w powstawaniu skrzywień odgrywa niewątpliwie konstytucja, na co wska-



Ryc. 1.
Rzut szczytowo-podpotyliczny (W o r m s - B r e t t o n).
Wyrostek sutkowy prawy prawidłowy — lewy zaciemniony.
(Otitis media supp. chronica).

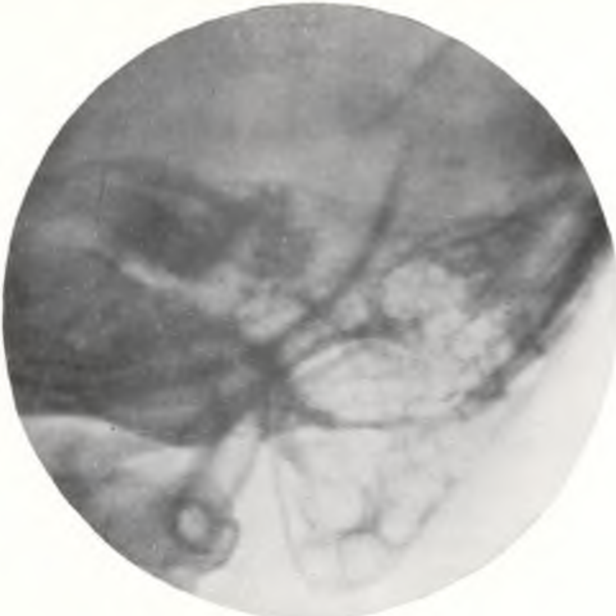


Ryc. 2 a.
Rzut skroniowo-bębenkowy (Schüller).
Silnie pneumatyzowany wyrostek sutkowy prawidłowy.

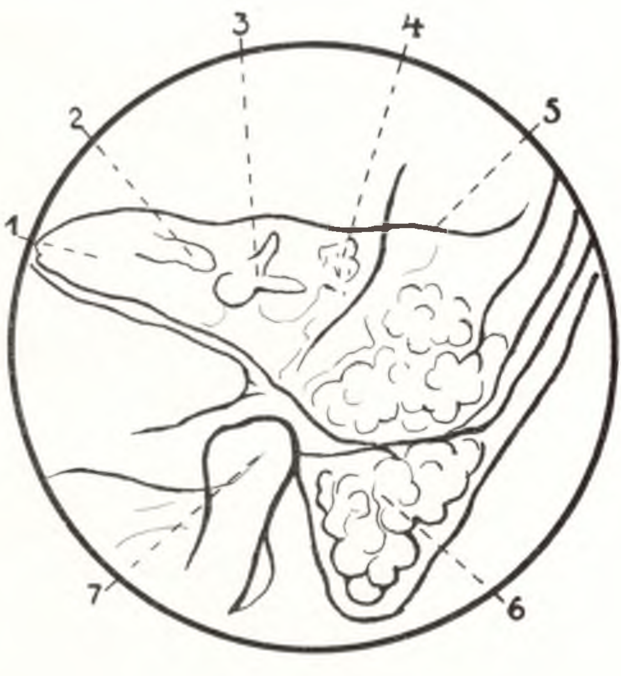


Ryc. 2 b.
Rzut skroniowo-bębenkowy (schemat).

1. Główka wyrostka stawowego żuchwy.
2. Przewód słuchowy zewnętrzny i wewnętrzny.
3. Kontur stropu jamy bębenkowej.
4. Komórki łuski skroniowej.
5. Komórki w otoczeniu jamy sutkowej.
6. Przednia ściana zatoki.
7. Komórki wyrostka sutkowego.
8. Szczyt wyrostka sutkowego.

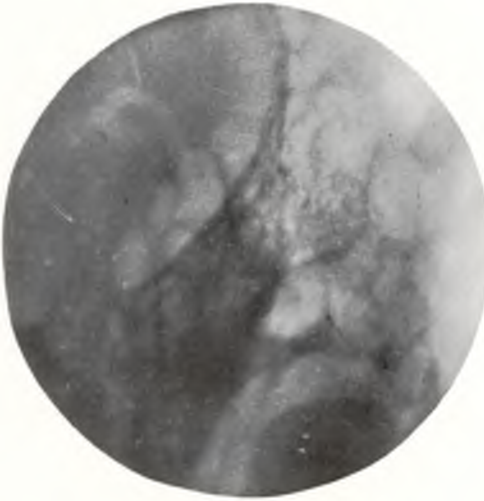


Ryc. 3 a.
Rzut potyliczno-jarzmowy (S t e n v e r s).
Wyrostek sutkowy i kość skalista prawidłowe.

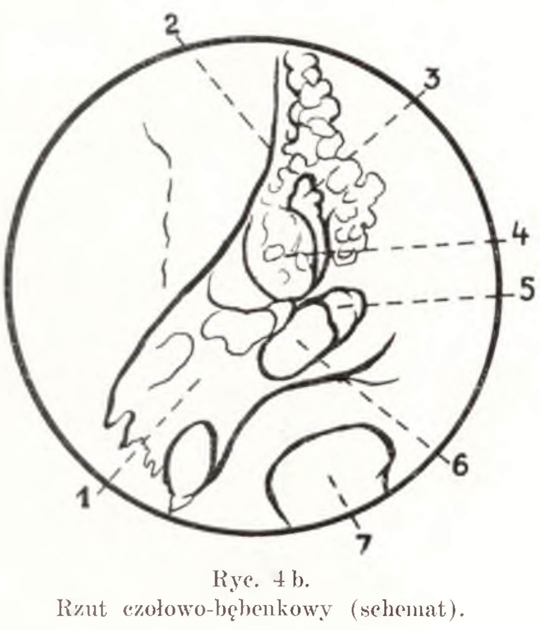


Ryc. 3 b.
Rzut potyliczno-jarzmowy (schemat).

1. Szczyt piramidy.
2. Przewód słuchowy wewnętrzny.
3. Ślimak i przewody półkoliste.
4. Jama sutkowa.
5. Strop jamy bębenkowej.
6. Wyrostek sutkowy.
7. Główka wyrostka stawowego żuchwy.

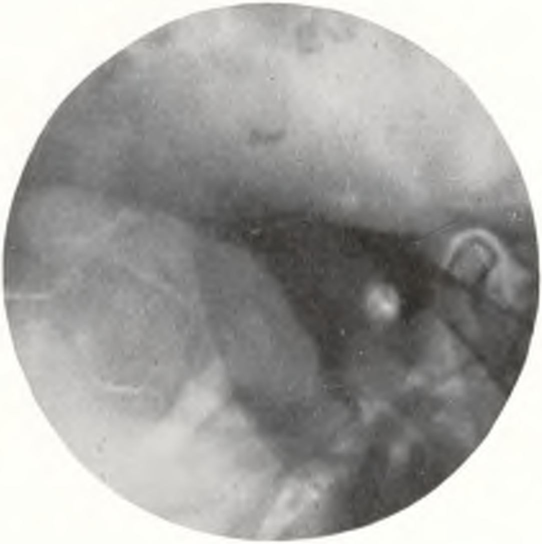


Ryc. 4 a.
Rzut czołowo-bębenkowy (M a y e r).
Wyrostek sutkowy i kość skalista prawidłowe.

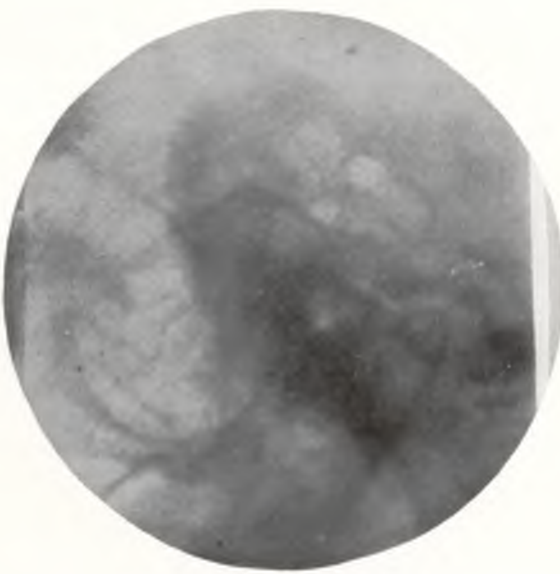


Ryc. 4 b.
Rzut czołowo-bębenkowy (schemat).

1. Szczyt piramidy.
2. Brzeg zatoki żylnej.
3. Jama sutkowa.
4. Szczyt wyrostka sutkowego.
5. Uchyłek nadbębenkowy i przewód słuchowy zewnętrzny.
6. Jama bębenkowa.
7. Wyrostek stawowy żuchwy.



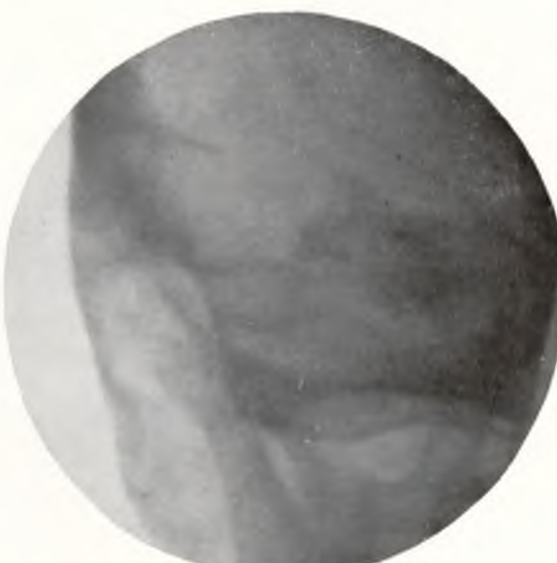
Ryc. 5.
Położenie boczne i przodowanie zatoki żylnej.
Duży wypust żylny sutkowy. Rzut skroniowo-bębenkowy.



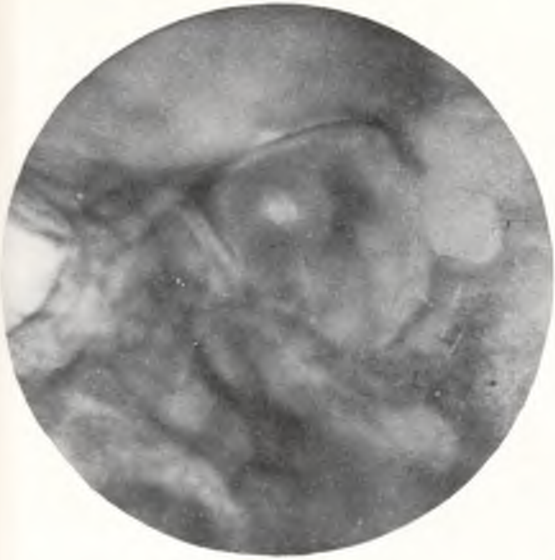
Ryc. 6.
Zatarcie struktury beleczkowej, zaciemnienie komórek.
Przerwy w konturze beleczek.
(Otitis media supp. et mastoiditis acuta).
Rzut skroniowo-bębenkowy.



Ryc. 7.
Zniszczenie struktury beleczkowej z wytworzeniem jamy ropnej.
(Otitis media supp. acuta. Empyema proc. mastoidei).
Rzut potyliczno-jarzmowy.



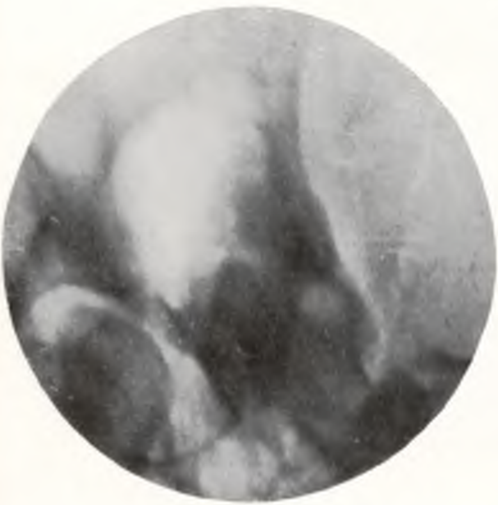
Ryc. 8.
Rozległe zniszczenie w obrębie ucha środkowego.
Zniszczenie stropu jamy bębenkowej.
(Otitis media supp. acuta).
Rzut potyliczno-jarzmowy.



Ryc. 9.
Perlak dużych rozmiarów.
Zniszczenie przedniej ściany zatoki.
Ropień okołozatokowy.
Rzut skroniowo-bębenkowy.



Ryc. 10.
Perlak dużych rozmiarów (→ ←).
Przewód słuchowy zewnętrzny
wypełniony substancją kontrastową.
Rzut potyliczno-jarzmowy.



Ryc. 11.
Perlak dużych rozmiarów
z wytworzeniem „naturalnej
doszczętnej".
Rzut czołowo-bębenkowy.



Ryc. 12 a.
Pęknięcie łuski kości skroniowej (rzut skroniowo-bębenkowy).



Ryc. 12 b.
To samo w rzucie czołowo-bębenkowym.
Widoczne przechodzenie pęknięcia na tylną ścianę zewnętrznego przewodu słuchowego.

zuje zależność skrzywień od rasy, dziedziczność skrzywień i występowanie jednakowych skrzywień u bliźniąt jednojajowych (*Leicher*). Przez wszystkich autorów jest uznane powstawanie skrzywień przegrody nosowej wskutek urazu nosa, na które są narażone często i dzieci. Częstsze występowanie skrzywień przegrody u mężczyzn, niż u kobiet również stawią związek z częstszem narażeniem się mężczyzn na urazy w porównaniu z kobietami. Urazy mogą wywoływać skrzywienie przegrody nie tylko przez raptowne jej złamanie. Urazy, nawet nie bardzo silne, mogą powodować pęknięcie chrząstki i kości przegrody bez zmiany jej kształtu, albo mogą powodować w miejscu największego wygięcia stany zapalne, przerwanie naczyń i zaburzenia w odżywianiu. Te pęknięcia, stany zapalne lub miejsca upośledzonego odżywiania mogą być przyczyną skrzywień w okresie dalszego rozwoju, wzrostu przegrody. Drugą przyczyną powstawania skrzywień przegrody, uznawaną przez wielu autorów jest zaburzenie wzrostu normalnie rosnącej przegrody bez zadziałania czynników patologicznych. *Volkmann, Chassaignac, Briggs* i inni tłomaczą powstawanie skrzywień przegrody oporem, jaki wywiera otaczająca przegrodę rama kostna na rosnącą przegrodę nosową. Przegroda, a zwłaszcza jej część chrząstkowa rośnie szybciej i dłużej, niż ta rama kostna, której granicę górną stanowi lamina cribrosa ossis ethmoidalis, dolna — podniebienie twarde, od przodu — wyrostek nosowy kości czołowej i wyrostek podniebienny kości szczękowej. Od tyłu przegroda opiera się o trzon kości klinowej. *Szercer* uznaje, że lamina cribrosa i podniebienie twarde jako kości cienkie nie mają wielkiego wpływu na powstawanie skrzywień przegrody nosowej. *Szercer* mówi na podstawie swych badań, że rozrastająca się chrząstka czworokątna przegrody i blaszka pionowa kości sitowej, t. zn. górna część przegrody, uciskając na lemiesz, może wywołać jego rotacyjne skrzywienie. Lemiesz zaś swoją drogą, uciskając przytem na podniebienie twarde, wywołuje zboczenie jego szczytu w stronę przeciwną skrzywieniu. *Doumenge* też spotykał zboczenie szczytu podniebienia twardego w przypadkach skrzywień przegrody nosowej, jednakowoż w przypadkach wrodzonego skrzywienia przegrody stwierdził, w przeciwieństwie do *Szercera*, zboczenie szczytu podniebienia nie ku stronie przeciwnej skrzywieniu, ale ku tej samej stronie. Tylko w przypadkach skrzywień urazowych zboczenie szczytu podniebienia twardego było ku stronie przeciwnej. *Szmurło* i *Wąsowski* stwierdzili również różnego rodzaju skrzywienia kostne, zwłaszcza lemiesza tak w całości, jak też i pojedyńczych rozszczepionych jego blaszek. *Szercer*, badając wysokość nosa u ludzi

różnego wieku, stwierdził, że nos przestaje rosnąć na wysokość u kobiet po 15 roku życia, u mężczyzn zaś przeciętnie po 20 roku życia i wyraża przypuszczenie, że to właśnie zatrzymanie rozwoju wzrostu nosa na wysokość przy dalej trwającem rozroście przegrody powoduje jej wykrzywienie. Jednakże przeciw słuszności tej teorji przemawia fakt, że u kobiet skrzywienie przegrody występuje rzadziej niż u mężczyzn, aczkolwiek nos przestaje u nich rosnąć na wysokość bardzo wcześnie. Związek rozrostu przegrody z rozwojem podniebienia został stwierdzony przez licznych badaczy (*Hirsch, Lenormant, Szmurło* i *Wąsowski*) na czaszkach z rozszczepieniem podniebienia twardego. Według *Lenormanta*, lemiesz zbacza ku stronie bardziej rozwiniętej połowy podniebienia twardego w przypadkach jednostronnej szczeliny w podniebieniu twardem. Jednakże były stwierdzone skrzywione przegrody nawet w przypadkach obustronnych szczelin, gdzie ze strony podniebienia nie było żadnego ucisku na przegrodę. *Seemaan* również wykazał zależność rozwoju przegrody nosowej od rozwoju podniebienia u osób z podśluzowem rozszczepieniem podniebienia twardego, u których nad miejscem rozszczepienia zwykle brakuje tylnej części przegrody. Nasze badania nad rozszczepieniem podśluzowem podniebienia twardego przeprowadzone w Klinice uszno-gardlanej, również wykazały brak tylnej części przegrody we wszystkich przypadkach podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego. Badania *Szmurły* i *Wąsowskiego* stwierdziły wyraźny związek wysokiego podniebienia ze skrzywieniem przegrody tylko przy kształcie podniebienia ostrołukowym, przy podniebieniach zaś wysokich, ale tylko łukowatych bardzo często spotykane były i przegrody proste. *Briggs* tłumaczy powstawanie skrzywień przegrody uciskiem mózgu na przegrodę. U ssaków niższych, u których część mózgowa głowy jest z tyłu za częścią twarzową nie spotykamy skrzywień. Jednakże i tej teorji przeczy fakt rzadkości skrzywień u dzieci, aczkolwiek ciężar ich mózgu jest stosunkowo większy niż ciężar mózgu człowieka dorosłego.

Niektórzy autorowie tłumaczą powstawanie skrzywień przegrody, analogicznie do krzywicy patologicznem zmniejszeniem wapna w kościach. Skrzywienia przegrody mogą powstać też wskutek ucisku polipów, przerosłych muszel nosowych i nowotworów nosa.

Co do kierunku skrzywień wyniki badań różnych autorów są jeszcze rozbieżne. *Jurasz* i *Sędziak* widzieli skrzywienia najczęściej ku stronie prawej, większe zaś statystyki *Mackenziego, Szmurły i Wąsowskiego* wykazują przewagę skrzywień ku stronie lewej. Kształt skrzy-

wień najczęściej jest łukowaty, potem idzie skrzywienie kątowate, następnie grzebienie, kolce, skrzywienia esowate i najrzadziej tylko zgrubienia przegrody (*Szmurło*).

Tak znaczna częstość występowania skrzywień przegrody w ustroju, w którym wszystko dąży do celowości, nasuwa myśl, że i w tym przypadku powinna być jakaś celowość zachowania tej nieprawidłowości w budowie nosa. Według prawa naturalnego doboru wszystkie szkodliwe dla ustroju zboczenia, istniejące w szeregu pokoleń, z czasem zanikają, lub też ustrój przystosowuje się do nich tak, że zboczenia te już nie wywierają na ustrój wpływu szkodliwego. Wszystkie prawdziwie szkodliwe, lub niepotrzebne ustrojowi nieprawidłowości rozwojowe, jak np. rozszczepienie podniebienia, warga zajęcza, brak, lub nadliczbowe palce i t. d. zwykle występują bardzo rzadko. O ileby skrzywienia przegrody były tylko szkodliwe, niepotrzebne ustrojowi, to również powinnyby występować znacznie rzadziej, niż to ma miejsce w istocie.

W celu ustalenia celowości istnienia skrzywień przegrody i ich wpływu na rozwój innych narządów, zaczęliśmy przeprowadzać obserwacje na chorych. Chcieliśmy otrzymać odpowiedź na pytanie, w jakiej mierze można uważać skrzywienie przegrody nosowej za jedną z wrodzonych, potrzebnych ustrojowi właściwości, któremi człowiek rozporządza w walce ze szkodliwemi czynnikami. Ścisły związek skrzywień przegrody z konstytucją jest widoczny z dziedziczności tego zboczenia i występowania identycznych skrzywień u bliźniąt jednojajowych. Przeprowadziliśmy badania u 626 chorych obojga płci (mężczyzn — 344, kobiet — 282) w wieku od 15 do 70 lat. W protokóle badań notowaliśmy oprócz przegrody nosowej również stan budowy podniebienia, nagłośni i krtani, jako narządów, najbliższych do nosa, bezpośrednio związanych z jego czynnością.

Na 626 badanych osób stwierdziliśmy skrzywioną przegrodę w 284 przypadkach, czyli w 45%. Liczba ta jest bardzo bliska do danych, uzyskanych przez *Szmurłę* i *Wąsowskiego*, którzy znaleźli skrzywioną przegrodę w swych badaniach na chorych i na czaszkach w 44%. U mężczyzn stwierdziliśmy w naszych badaniach skrzywienie przegrody w 58% (201 przypadki) wszystkich badanych mężczyzn, u kobiet zaś — w 29%. Dane te co do częstości występowań skrzywień przegrody u mężczyzn i kobiet są zgodne z danemi innych autorów.

Liczba poszczególnych rodzajów skrzywień przedstawia się następująco:

Skrzywienie przegrody małego stopnia w lewo	74 p.
„ „ dużego „ „ „	70 „
„ „ dużego „ w prawo	48 „
„ „ małego „ „ „	42 „
Grzebienie przegrody obustronne	20 „
Skrzywienie przegrody dużego stopnia obustronne	15 „
„ „ małego „ „	6 „
Grzebień przegrody w lewo	5 „
„ „ „ prawo	3 „
Kolec przegrody	1 „

Widzimy, że najczęściej (w 150 przypadkach na 284) skrzywienie przegrody występuje po stronie lewej. Rzadziej spotykają się skrzywienia ku stronie prawej i najrzadziej obustronne. Dane te są w zgodzie z większemi statystykami *Mackenziego, Szmurły i Wąsowskiego*.

Prostą przegrodę stwierdziliśmy w 45% (342 przypadki). W tych przypadkach z prostą przegrodą nosową rozwój podniebienia, krtani i nagłośni przedstawia się następująco:

Podniebienie normalnie wykształcone było w	211 p	(63%)
„ wysokie, ostrołukowe	57 p	(17%)
„ „ zaokrąglone	51 p	(15%)
„ z wyraźnym torus palatinus	23 p	(6%)
Krtań była normalnie rozwinięta, duża w	242 p	(70%)
„ zmniejszona	100 p	(30%)
Nagłośnia normalnie wykształcona	237 p	(64%)
„ niedorozwinięta	87 p	(36%)

Za nagłośnię normalnie rozwiniętą przyjmowaliśmy nagłośnię dużą, wysoką, kształtu rury obejmującą przeciętnie $^1/_2$-$^3/_4$ całej krtani z wyraźnie zagiętym ku przodowi górnym jej brzegiem. Do liczby nagłośni niedorozwiniętych zaliczaliśmy nagłośnie, kończące się stożkowato, bez zagięcia ku przodowi brzegu górnego, spłaszczoną, zwisającą się nad krtanią i t. d. Krtań uważaliśmy za normalnie rozwiniętą wówczas, gdy była odpowiednio do wieku duża, formy owalnej, dość szeroka, struny i nalewki na jednym poziomie, struny prawdziwe, szerokie, w znacznej swej części widoczne aż do spojenia przedniego, nie zasłonięte przez więzadła rzekome. Do rzędu krtani niedostatecznie rozwiniętych zaliczaliśmy krtanie małe, wąskie, okrągłe, z krzyżowaniem się nalewek, ze strunami o nierownym poziomie, ze strunami prawdziwemi w małym stopniu tylko widocznemi z pod strun rzekomych i t. d.

Widzimy z tablicy, że w przypadkach z prostą przegrodą nosową niedostatecznie rozwinięte podniebienie, krtań i nagłośnia spotykają się przeciętnie w 30% przypadków.

Następną grupę stanowią przypadki skrzywień przegrody średniego stopnia. Jest to więc stopniowe przejście od przegrody normalnej, prostej do przegrody znacznie wykrzywionej. Takich przypadków mieliśmy 151. Zachowanie się w nich podniebienia, nagłośni i krtani przedstawia niżej podana tablica.

Podniebienie normalne, płaskie	58 p	(38%)
„ wysokie, ostrołukowe	37 p	(34%)
„ „ łukowe	42 p	(28%)
„ z torus palatinus	14 p	(10%)
Krtań normalna	114 p	(76%)
„ niedorozwinięta	37 p	(24%)
Nagłośnia normalna	103 p	(68%)
„ niedorozwinięta	48 p	(32%)

W przypadkach skrzywień przegrody średniego stopnia normalne, płaskie podniebienie występuje prawie dwa razy rzadziej, niż w grupie z przegrodą prostą. Liczba zaś normalnych krtani i nagłośni natomiast wyraźnie wzrosła w miarę wykrzywienia się przegrody nosowej.

Trzecia grupa badanych z dużemi skrzywieniami przegrody obejmowała 133 osoby. Badanie u nich podniebienia, krtani i nagłośni wykazuje, że

Podniebienie było normalne, płaskie w	35 p	(26%)
„ „ wysokie, ostrołukowe	43 p	(74%)
„ „ „ łukowe	55 p	
Krtań normalna	110 p	(82%)
„ niedorozwinięta	23 p	(18%)
Nagłośnia normalna	101 p	(76%)
„ niedorozwinięta	32 p	(24%)

Z powyższych zestawień wszystkich trzech grup rzuca się w oczy fakt, że w miarę zwiększenia stopnia skrzywienia przegrody nosowej jednocześnie zwiększa się liczba wysokich podniebień. Krtań zaś i nagłośnia zachowują się odwrotnie do podniebienia. W grupie ze skrzywieniami przegrody słabego stopnia normalnie rozwinięta, duża krtań i nagłośnia spotykają się znacznie częściej, niż w grupie przegród prostych. Największa zaś liczba procentowo dużych, normalnych krtani i nagłośni zawiera grupa badanych osób z bardzo

znacznemi skrzywieniami przegrody, utrudniającemi już oddychanie. Stosunek ten wykazuje tablica:

	przegroda prosta	małe skrzywienie przegrody	duże skrzywienie przegrody
Krtań normalna	70%	76%	82%
Nagłośnia normalna	64%	68%	76%.

Z badań naszych wynika, że budowa przegrody nosowej ma duży wpływ na budowę krtani, a przez to i na regulację oddychania. W przypadkach upośledzonego oddychania wskutek skrzywienia przegrody nosowej, nagłośnia i cała krtań najwięcej, najlepiej się wówczas rozwija, by wyrównać zagrożoną wentylację płuc. Możliwe jest też inne przypuszczenie, że ustrój zapomocą skrzywień przegrody miernego stopnia reguluje prawidłowy dostęp powietrza do płuc. Wpływ nosa na regulację dostępu powietrza do płuc wykazują również badania *Szercera*, według zdania którego każdy otwór nosowy stoi w ścisłym związku z wentylacją odpowiedniej strony płuc.

Budowa podniebienia twardego w przypadkach skrzywień przegrody nosowej, według naszych badań, zachowuje się zupełnie odwrotnie do budowy krtani i nagłośni. Im większe jest skrzywienie przegrody, tem większe też odchylenie od normy wykazuje budowa podniebienia. W grupie przegród prostych normalnie zbudowane podniebienie spotykaliśmy w 63%, w grupie skrzywień przegrody średniego stopnia normalne, płaskie podniebienie występuje w 38%, w grupie zaś skrzywień przegrody dużego, stopnia normalne podniebienie było stwierdzone tylko w 26%. Przegroda i podniebienie mogą być upośledzone w swym rozwoju jednocześnie, lub też zaburzenie rozwoju jednego z tych narządów może wystąpić wcześniej i wpłynąć na nieprawidłowe kształtowanie się drugiego. Która z tych możliwości jest częstsza, dotychczas nie zostało jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Większość autorów uważa, zdaje się, nieprawidłowy rozwój podniebienia za pierwotny, wpływający na kształtowanie się przegrody nosowej.

Wzajemny stosunek budowy podniebienia twardego i krtani, niezależnie od budowy przegrody przedstawia się następująco:

Podniebienie płaskie	304 p.	
w nich:		
Krtań dobrze rozwinięta była w	215 p.	(71%)
Krtań niedorozwinięta „ „	89 p.	(29%)
Podniebienie niedostatecznie rozwinięte (łukowe, albo ostrołukowe)	322 p.	

w nich:

Krtań była dobrze rozwinięta w 224 p. (70%)

Krtań „ niedorozwinięta „ 98 p. (30%)

Widzimy więc, że nieprawidłowa budowa samego tylko podniebienia twardego, nie wywiera dużego wpływu na budowę krtani. Tak w przypadkach z podniebieniem normalnie wykształconem, jak i podniebieniem niedorozwiniętem liczba normalnych i wadliwie wykształconych krtani jest jednakowa.

Stwierdziwszy tak ścisły stosunek pomiędzy zaburzeniem rozwoju podniebienia i przegrody nosowej, z jednej strony, a skrzywieniem przegrody i rozwojem krtani—z drugiej, zaczęliśmy notować u badanych przez nas chorych inne cechy, szczegóły, występujące na podniebieniu celem ustalenia ich związku z rozwojem tak podniebienia, nagłośni i krtani, jak też i przegrody nosa. Do takich szczegółów, często występujących na podniebieniu, należą: 1) szew, przebiegający wzdłuż stropu podniebienia. 2) fałdy (zwykle podwójne) śluzówki podniebienia, mieszczące się w tylnej części podniebienia twardego i niekiedy zachodzące i na podniebienie miękkie. Fałdy te biegną od linji środkowej ku tyłowi i nazewnątrz. Nie należy identyfikować tych fałdów ze zmarszczkami poprzecznemi śluzówki, stale istniejącemi w przedniej części podniebienia twardego u wyrostka zębodołowego. 3) Następnie dość często dają się stwierdzić punkcikowate, wielkości łebka szpilki, wciągnięcia śluzówki na tylnym brzegu podniebienia twardego, zwykle symetrycznie ułożone po obu stronach linji środkowej. 4) Pozatem można niekiedy spotkać około tylnego brzegu podniebienia twardego, bliżej wyrostka zębodołowego, sinawe plamy, zmianę zabarwienia poza tem normalnej w tych miejscach śluzówki. 5) Torus palatinus—występ podniebienia twardego w stronę jamy ustnej wzdłuż linji środkowej.

Te szczegóły podniebienia badaliśmy u 326 osób, a na obecność torus palatinus badaliśmy wszystkie 626 przypadków.

Szew na podniebieniu stwierdziliśmy . . . . w 73% (239 p.)

Fałdy w tylnej części podniebienia twardego . . . . w 20% (66 p.)

Punkcikowate wciągnięcia śluzówki . . . . w 10% (31 p.)

Sine plamy . . . . w 12% (40 p.)

Torus palatinus na 626 przypadków . . . . w 7% (47 p.)

Najczęściej więc z tych wszystkich oznak podniebienia występował szew. Podniebienie *bez szwa* spotkaliśmy w 87 przypadkach (27%)

W tej grupie:

Krtań była normalna . . . . w 65 p. (75%)

„ „ niedorozwinięta . . . . w 22 p. (25%)

Nagłośnia była normalna	w 50 p.	(58%)
„ „ niedorozwinięta	w 37 p.	(42%)
Podniebienie twarde normalne, płaskie	w 47 p.	(54%)
„ „ niedorozwinięte łukowe	w 20 p.	(46%)
„ „ „ ostrołukowe . .	w 9 p.	
„ „ „ z torus palatinus	w 11 p.	
Przegroda prosta	41 p.	(47%)
„ skrzywiona	46 p.	(53%)

W większości przypadków (73%) na podniebieniu stwierdzaliśmy szew, biegnący wzdłuż linji środkowej stropu. W 49% (159 przyp.) szew był zaznaczony tylko na podniebieniu miękkiem, w 24% (80 p.) spotykaliśmy wyraźny szew, ciągnący się przez całe podniebienie, tak twarde, jak i miękkie.

Niżej podane tablice przedstawiają stopień rozwoju sąsiednich, badanych przez nas narządów w grupie przypadków *ze szwem* podniebienia.

Szew tylko na podniebieniu miękkiem:

Krtań	normalna		117 p.	(74%)
„	niedorozwinięta		42 p.	(26%)
Nagłośnia	normalna		101 p.	(64%)
„	niedorozwinięta		58 p.	(36%)
Podniebienie	płaskie		50 p.	(31%)
„	łukowe	57 p.		
„	ostrołukowe	25 p.		(69%)
„	z torus palatinus	27 p.		

Szew przez całe podniebienie:

Krtań	normalna		43 p.	(65%)
„	niedorozwinięta		29 p.	(35%)
Nagłośnia	normalna		42 p.	(51%)
„	niedorozwinięta		40 p.	(49%)
Podniebienia	płaskie		26 p.	(32%)
„	łukowe	28 p.		
„	ostrołukowe	22 p.	56 p.	(68%)
„	z torus palatinus	6 p.		
Przegroda nosa	prosta		31 p.	(37%)
„ „	skrzywiona		51 p.	(63%)

Zestawienie powyższych tablic wykazuje, że w przeważającej liczbie przypadków (69%) szew podniebienia spotyka się na podniebieniach wysokich, nieprawidłowo rozwiniętych. W grupie podniebień bez szwa podniebienie płaskie, normalne było stwierdzone

w 54%, w przypadkach zaś ze szwem tylko w 31%. Wobec tego możemy z wielkim stopniem prawdopodobieństwa uważać szew jako oznakę niedostatecznego rozwoju podniebienia. Skrzywienie przegrody nosowej również częściej występują w przypadkach ze szwem na podniebieniu, niż bez szwa. Wyraźnej zależności między budową krtani i nagłośni, a obecnością szwa na podniebieniu nie stwierdziliśmy.

Druga szczególna oznaka podniebienia w postaci podwójnych fałd śluzówki w tylnej jego części była stwierdzona w 66 przypadkach (20%). Budowa innych, omawianych przez nas narządów, przedstawia się w tej grupie jak następuje:

Krtań	normalna		47 p. (71%)
„	niedorozwinięta		19 p. (29%)
Nagłośnia	normalna		34 p. (51%)
„	niedorozwinięta		32 p. (49%)
Podniebienie	płaskie		16 p. (24%)
„	łukowe	26 p.	
„	ostrołukowe	14 p.	50 p. (66%)
„	z torus palatinus	10 p.	
Podniebienie	bez szwa		11 p. (17%)
„	ze szwem		55 p. (83%)
Przegroda	prosta		27 p. (41%)
„	skrzywiona		39 p. (59%)

Z tej tablicy widzimy, że fałdy podniebienia, tak samo jak i szew mogą być uważane za objaw niedorozwoju tego narządu, gdyż przytem w przeważającej liczbie przypadków (66%) ma miejsce nieprawidłowo wykształcone podniebienie twarde i szew na podniebieniu (w 83%). Skrzywiona przegroda nosowa w przypadku fałdów na podniebieniu spotyka się również częściej, niż prosta. Krtań w większości przypadków (71%) była normalna, dobrze wykształcona. Inne wskazane przez nas, rzadziej występujące cechy na podniebieniu, jak niebieskawe plamy, punkcikowate wciągnięcia śluzówki na tylnym brzegu podniebienia twardego po obu stronach linji środkowej, pozatem torus palatinus u naszych chorych spotykały się również przeważnie na podniebieniach wysokich, nienormalnie wykształconych i często występują razem ze szwem podniebienia i fałdami sluzówki. Wszystkie te więc cechy wskazują na niedorozwój podniebienia i w ich obecności bardzo często spotyka się też i skrzywienie przegrody nosowej.

Z naszej pracy wynika, że istnieje ścisła zależność między budową przegrody nosowej, a rozwojem narządów sąsiednich. Badania nasze potwierdzają spostrzeżenia innych autorów, o znacznej częstości jednoczesnego występowania skrzywienia przegrody i nieprawidłowego rozwoju podniebienia twardego: 1) Im większego stopnia jest skrzywienie przegrody, tem częściej przytem występuje jednocześnie wysokie podniebienie. W przypadkach prostej przegrody nosa wysokie nieprawidłowo wykształcone podniebienie twarde stwierdziliśmy w 27%, w przypadkach skrzywień przegrody średniego stopnia — w 62%, a w przypadkach skrzywień przegrody dużego stopnia — w 74%. 2) Szew na stropie podniebienia, fałdy śluzówki w tylnej jego części, punkcikowate wciągnięcia śluzówki, niebieskawe plamy na niej, jako też i torus palatinus — wszystko to są cechy, występujące na podniebieniach wysokich i wskazujące na jego niedorozwój. 3) skrzywienie przegrody nosowej zwykle idzie w parze z dużą, dobrze wykształconą nagłośnią i krtanią. Im większe jest skrzywienie przegrody, tem częściej spotyka się przytem duża, szeroka krtań i nagłośnia. W grupie badanych chorych z przegrodą prostą duża krtań występowała w 70%, a duża nagłośnia — 64%. W grupie przegród, skrzywionych w małym stopniu duża krtań była stwierdzona już 76%, a duża nagłośnia — w 68%. W grupie zaś skrzywień przegrody dużego stopnia duża krtań występowała w 82%, a duża nagłośnia — w 76%. Upośledzonemu wskutek skrzywionej przegrody oddychaniu przez nos towarzyszy więc wyrównawcze rozszerzenie drogi oddechowej w krtani. Z drugiej strony nadmierna wentylacja płuc przy zbyt szerokiej krtani kompensuje się przez zwężenie drogi oddechowej w nosie zapomocą miernego stopnia skrzywienia przegrody. Ogromna część skrzywień przegrody, nie utrudniających zbytnio oddychania nosem, jest w zgodzie z tem tłumaczeniem powstawania w wielu przypadkach skrzywień przegrody nosowej.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

DYONIZY HELLIN.

Naevus verrucosus mollis zewnętrznego przewodu słuchowego.

Brodawczaki przewodu słuchowego zewnętrznego wogóle rzadko były spostrzegane. W piśmiennictwie znalazłem tylko 5 przypadków, natomiast ani jednego przypadku znamienia brodawkowego. Dr. J. Laskowski, asystent zakładu anatomji patologicznej uniw. warszawskiego, mówił mi, że widział w ciągu 4 lat raz jeden taki nowotwór w uchu na miesiąc przed moim przypadkiem. Przypadek operowany przeze mnie, dotyczy chorej l. 29, która w styczniu 1931 r., w 2 miesiącu ciąży, zauważyła narośl w l. uchu. Narośl ta z biegiem czasu powiększała się bardzo szybko i przeszkadzała jej. Przy badaniu przeze mnie, narośl ta o typowym zabarwieniu „kawy z mlekiem" miała postać brodawczaka, przednia część jej sterczała w l. zewnętrznym przewodzie słuchowym, w tylno-górnej jego części, tylna rozpostarta była między małżowiną a błoną bębenkową, całość była konsystencji miękkiej, jak ciasto i przy ucisku zmniejszała swą objętość, była nieelastyczną. 31. III - 32 r. usunąłem narośl skalpelem i nożyczkami, przyczem w jednym miejscu okazała się potrzeba głębokiego wycięcia skóry aż do chrząstki małżowiny usznej. Zagojenie zupełne nastąpiło w dn. 18. IV - 32 r.

Badanie drobnowidowe, wykonane przez dr. Laskowskiego, wykazało: „Narośl pokryta jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, który na ogół odgranicza się dobrze od tkanki łącznej i tylko miejscami wysyła w jej obręb językowate wyrostki, nie wykazując jednak cech atypowości. W tkance łącznej skupiają się, przeważnie w owalne ogniska, typowe „komórki znamienia macierzystego". Ilość ich jest duża, rozmieszczone są one na dużej przestrzeni; niektóre z nich zawierają brunatny barwik".

Analizując bliżej załączony preparat drobnowidowy, widzimy, że opisane przez dr. Laskowskiego ogniska, w postaci pasm i kłębów komórek, są dość ostro odgraniczone zarówno od naskórka wąskim pasmem prawidłowej tkanki skórnej, jak i od skóry. Naskórek wykazuje prawidłowe zabarwienie w rete Malpighii. Gniazda są wtłoczo-

ne bezpośrednio i bez otorbienia w tkankę łączną, zajmując górną część skóry. Podścielisko, w którem leżą gniazda komórek znamienia, składa się z gęstej obfitującej we włókna, tkanki łącznej, posiadającej nieliczne tylko komórki. W gniazdach znamienia komórki mają postać okrągłą lub owalną, odpowiadają one co do wielkości komórkom naskórka i zawierają w blado zabarwionem pierwoszczu



pęcherzowate jądro, podobne do jądra nabłonków. Pierwoszcze jest tu niekiedy tak wąskie, iż wydaje się, że jedno jądro leży bezpośrednio przy drugiem. Postać brodawkowa powstaje tu wskutek bardziej silnego rozwoju warstwy brodawkowatej, obfitującej w niezupełnie dojrzałe komórki tkanki łącznej. Zmniejszanie się objętości nowotworu pod wpływem ucisku jest skutkiem znikomej ilości lub wogóle zupełnego braku włókien elastycznych.

Charakterystycznym dla znamienia jest: 1) znaczna wielkość jąder, 2) zupełny brak włóknistej tkanki łącznej pomiędzy komórkami w gniazdach komórek, 3) bujanie nabłonka, 4) przeistoczenie go pod względem budowy i zabarwienia, 5) zmiana pierwoszcza nabłonka i wreszcie 6) oddzielenie nabłonka i jego przesunięcie w sferę tkanki łącznej skóry.

1ª i 2ª cechy czynią komórki znamienia bardzo podobnemi do nabłoniaków, to też niektórzy uważają znamiona za nabłoniaki, inni znowu są zdania, że mamy tu do czynienia z tworami, pochodzącymi ze środkowego listka zarodkowego, uważają znamiona za środbłoniaki, inni wreszcie za naczyniaki limfatyczne, za czem przemawia istniejąca w niektórych gniazdach wolna przestrzeń między wybujałym nabłonkiem a jego obwodem.

Sprawa pochodzenia komórek znamienia nie jest więc dotychczas rozwiązana. Spór o to do dziś dnia się toczy. *Unna* sądził, że mamy tu do czynienia z pozostałościami zarodkowemi, które oddzieliły się od swego podłoża macierzystego i przesunęły się w czasie okresu zarodkowego, zgodnie z teorją *Cohnheima*. W każdym razie bardzo ciekawem jest pytanie, skąd się bierze i jaką drogą powstaje przekształcenie komórek nabłonkowych lub łączno-tkankowych w charakterystyczne komórki znamienia. Badania bliźniąt jedno i dwujajkowych nie dały nam stanowczej odpowiedzi na pytanie, czy znamiona mają zarodek dziedziczny. Z badań tych wynika jednak, że dziedziczność nie odgrywa tu głównej roli.

Wobec nierzadkich przypadków przejścia znamion w nowotwory złośliwe należy bezwarunkowo co pewien czas kontrolować stan operowanego.

Prof. D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przyczynek do kazuistyki torbieli krtani.

Podał Dr. med. D. HELMAN (Łódź).

Do kategorji guzów łagodnych, niezbyt często naogół w krtani spostrzeganych, zaliczyć należy t. zw. cysty, czyli torbiele, które powstawać mogą na rozmaitych odcinkach krtani najczęściej w następstwte zamknięcia przewodów gruczołów śluzowych, w dość znacznej ilości w śluzówce krtani rozsianych.

Według *Mackenziego* [1]) i *M. Schmidta* [2]) torbiele stanowią 2% wszystkich łagodnych guzów krtani, według *Jurasza* [3]) 4%.

Niektórzy autorowie, rozporządzający obfitym materjałem klinicznym, wcale torbieli krtani nie spostrzegali i zaliczają je do zjawisk niezmiernie rzadkich (*Lewin*)[4]). W podręcznikach odnośnych znajdujemy luźne zaledwie wzmianki o tych guzach.

Ulrich[4]) w swojej dyssertacji, wydanej w r. 1887, zebrał 156 opublikowanych do tego czasu w literaturze przypadków. Stosunkową rzadkość torbieli potwierdza i ta okoliczność, że w późniejszych latach każdy poszczególny przypadek bywał skrzętnie notowany i w literaturze opisywany (*Coulet*[12]), *Taylor*[11]), *Marschall*[13]), *Hochmann, Schech*[15]), *Żyrmunski*[16]), *Burmeister*[17]), *Iryijama Ioschio*[18]) i inni). *Borchim*[19]) opisał szczegółowo torbiel nagłośni, stwierdzoną na autopsji, za życia nie rozpoznaną.

W ostatnich latach dość szczegółowe opracowanie dotychczasowego materjału statystycznego oraz obecnego stanu nauki o tych guzach znajdujemy u *Blumenfelda*[20]), a zwłaszcza w monografji włoskiego autora *Sanyenero-Roselli*[21]), który wzbogacił kazuistykę 3-ma przypadkami z własnej obserwacji.

M. Schmidt[2], a za nim i *O. Koerner*[22]), rozróżniają 2 rodzaje torbieli krtani: 1) *Torbiele retencyjne*, powstałe wskutek obliteracji przewodów gruczołów śluzowych. 2) *Torbiele rozmiękczynowe*, powstałe na tle degeneracji i zwyrodnienia oddzielnych tkanek guzów o rozmaitej budowie (włókniaków, polipów i in.).

Glas[23]), opierając się na bogatym materjale kliniki *Chiari'ego*, odróżnia 4 rodzaje torbieli krtani:

1) *Twory torbielowate wrodzone* powstałe na tle zaburzeń lokalnych w rozwoju embronalnym, gdy drobne grupy komórek ektodermy lub entodermy, oderwane od macierzystego łoża zaczynają pod wpływem rozmaitych bodźców rozwijać się i rozmnażać, przyjmując formę guza. Mogą one zawierać i tkankę chrząstkową, jak to wykazali *Senator*[24]) i *Oppikofer*[25]).

2) *Torbiele retencyjne*, o pochodzeniu których była mowa wyżej.

3) *Torbiele pochodzenia traumatycznego*, rozwijające się na podobieństwo torbieli w innych miejscach ciała na skutek spraw zapalnych, warunkowanych urazem.

4) *Torbiele limfatyczne* lub *rozmiękczynowe*, powstałe przez rozszerzenie drobnych naczyń limfatycznych na tle ostrych procesów zapalnych i przez rozmiękczenie tkanek pod wpływem ucisku. W ten sposób mogą rozwinąć się torbiele wielokomorowe w włókniakach lub innych guzach, lub też cały guz może drogą stopniowej degene-

racji zamienić się w torbiel. *Chiari* [26]) upatruje przyczynę tej metamorfozy w surowiczem zwyrodnieniu tkanki łącznej, natomiast *Alexander* [31]) tłómaczy to zjawisko hyalinowem zwyrodnieniem ścianek naczyń, znajdujących się w guzach, lub tworzeniem się wybroczyn z następczą ich rezorbcją.

Słuszniej może byłoby podzielić torbiele na 2 główne grupy: 1) *wrodzone* i 2) *nabyte*, a już w każdej z nich uwzględniać wspomniane odmiany: a) *retencyjne*, b) *traumatyczne* i 3) *limfatyczne*, albowiem wszystkie te rodzaje opisywane były tak w nabytych jak i wrodzonych torbielach.

Wrodzone torbiele krtani spotykają się niezmiernie rzadko, a przynajmniej rzadko bywają rozpoznawane, jako takie. *Kahler* [27]), odróżnia entodermalne torbiele, tworzące się z oderwanych komórek nabłonkowych, i torbiele wrodzone pochodzenia branchiogennego. W literaturze ostatnich lat znalazłem niezmiernie pouczający przypadek wrodzonej torbieli krtani, rozpoznany intra vitam u dziecka 2-miesięcznego, operowany i opisany przez *Marxa* [28]).

Znacznie częściej niż wrodzone spotykamy torbiele *nabyte*, a z tych najczęściej torbiele retencyjne, usadowione przeważnie na przedniej czyli językowej powierzchni nagłośni, gdzie istnieją warunki, sprzyjające ich powstawaniu i rozwojowi, gdyż w nagłośni, podlegającej podczas aktu połykania częstemu mechanicznemu podrażnieniu, może rozwinąć się stan zapalny, a w następstwie opuchnięcie ścian i zwężenie przewodów gruczołów śluzowych, lub całkowite ich zatkanie przez drobne cząsteczki pokarmowe i jako rezultat retencji powstaje torbiel, która może przyjąć niekiedy znaczne rozmiary. Niewątpliwie prócz powyższych warunków wchodzi jeszcze w grę przy powstawaniu torbieli nagłośni i inny moment przyczynowy, dotychczas jeszcze nie ustalony.

Według *Mischina* [29]) na 98 torbieli nagłośni stwierdzono 49 na powierzchni językowej, 10 — na krtaniowej, 17 — na peryferji nagłośni. Przeważnie spostrzegano je u dorosłych, zdarzają się jednak i u dzieci, a nawet i u noworodków. *Salomon* [30]) opisał podobną torbiel u oseska 1-miesięcznego. Rzadziej niż na nagłośni obserwowano torbiele na chrząstkach nalewkowych. więzadłach wrzekomych, gdzie biorą początek z uchyłka Morgagniego, dalej na fałdach nagłośniowo-nalewkowych i nagłośniowo-językowych.

Rozmiary torbieli, usadowionych na rozmaitych odcinkach krtani, są zazwyczaj niewielkie, nie przewyższają wielkości wiśni, sądząc z danych literatury. Niekiedy jednak dochodzą do dość znacznych

rozmiarów, jak naprz. w jednym z moich niżej opisanych przypadków.

Makroskopowo przedstawiają się one jako kuliste, lub owalne guzy o gładkiej, często połyskującej powierzchni, mniej lub więcej unaczynione, konsystencji elastycznei, z wyraźnie wyczuwalnem chełbotaniem, siedzące na szerokiej podstawie lub częściej na szypule. Zawartość ich często prześwieca przez otoczkę. Jest to jasna, surowicza, czasami też gęsta, kleista koloidalna brunatna ciecz.

Guzy te rozwijają się zazwyczaj stopniowo, powoli, nie wywołując większych zaburzeń i wyraźnych objawów klinicznych i organizm do nich zwolna przystosowuje się. Tylko w wyjątkowych wypadkach, gdy torbiele usadowione są na szypule i dochodzą do znacznych rozmiarów, mogą przy zmianie położenia przemieszczać się, zwężać wejście do krtani i wywoływać ataki duszności, lub też zmęczenie głosu i chrypkę, zwłaszcza, o ile biorą początek z kieszonki Morgagniego i wystają za brzegi strun głosowych.

W literaturze ojczystej prócz kazuistycznego przypadku, opisanego w ostatnim numerze Przeglądu otolaryngologicznego przez *Sawicza* [32]), znajdujemy luźne zaledwie wzmianki o tych guzach. *Szmurło* [33]) w ostatnim swoim podręczniku wspomina, iż obserwował i operował 2 torbiele krtani: w jednym przypadku rozwinęła się ona na tylnej powierzchni nagłośni, w drugim wychodziła z kieszonki Morgagniego. *Erbrich* [33]) operował torbiel, wychodzącą z więzadła nagłośniowo-nalewkowego. Uważałem przeto za wskazane opublikowanie moich 4 przypadków, tembardziej, że miałem możność stwierdzenia ich na rozmaitych miejscach krtani, a jedna z obserwowanych torbieli przewyższała znacznie swoimi rozmiarami dotychczas w literaturze odnośnej opisane.

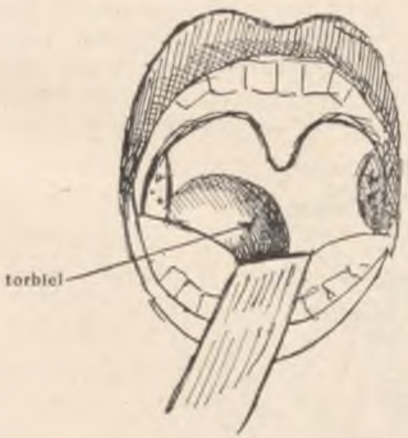
Przyp. I. Chory I. B., lat 48 liczący, zwrócił się do mnie ze skargą na uczucie palenia w gardle, odbijanie i występującą czasami przeszkodę przy połykaniu. Objawy te, datujące się od roku, uzależnione były, zdaniem internistów, od obecności przepukliny pępkowej (hernia epigastrica). Jednakże po operacji objawy te nie znikły, przeciwnie wzmogły się i wówczas chory został skierowany do laryngologa.

Badanie jamy ustnej i gardła prócz zmian nieżytowych i nieznacznego przerostu migdałka językowego nic szczególnego nie wykazało. Przy laryngoskopji rzuca się w oczy duży kulisty guz o gładkiej, połyskującej szarawo-białej powierzchni, pokrytej splotem drobnych wężykowatych naczyń, wypełniający całą przestrzeń między nagłośnią, silnie zwężoną i odchyloną wlewo i prawą boczną ścianą gardła. Nagłośnia przedstawia się w formie dużej litery U, odwróconej ku dołowi, której obydwa ramiona przylegają do siebie, uniemożliwiając zbadanie wnętrza krtani. Widoczne są tylko tylne końce strun prawdziwych, białe, niezmienione. Przy palpacji guz przedstawia się jako gładki, elastyczny, wyraźnie

chełboczący, dający się przesuwać twór formy owalnej, zwężający się ku dołowi wielkości dużej śliwki, umieszczony na szypule, wyrastający z podstawy nagłośni, tuż u wiązadła nagłośniowo-językowego po stronie prawej.

Przy forsowniejszem naciskaniu szpadlem na nasadę języka wysuwał się on z głębi i górna jego kulista część wypełniała całkowicie przestrzeń między nasadą języka a boczną i tylną ścianą gardła. Nie ulegało żadnej wątpliwości, że mam do czynienia z dużą torbielą nagłośni, lub więzadła nagłośniowo-językowego. Nałożyłem pętlę zimną, starając zajść możliwie głęboko, do szypuły, lecz pętla ześlizgiwała się z gładkiej powierzchni guza. Znajdującemi się pod ręką kleszczami Marschika uchwyciłem górną część guza, by pociągnąć w górę i nałożyć pętlę; podczas tej manipulacji cała zawartość torbieli wypełniła jamę ustną. Była to brunatna, kleista, galaretowata ciecz w dość w znacznej ilości (około łyżki deserowej). Zatrzymaną w kleszczach grubą otoczkę dało się z łatwością pociągnąć w górę i ściąć doszczętnie pętlą i tylko kropla krwi u nasady nagłośni wskazywała miejsce przyczepu torbieli. Wieczorem zostałem zawezwany do chorego z powodu krwawienia. Miejsce krwawiące u nasady nagłośni dało się łatwo stwierdzić i po przypaleniu kwasem chromnym krwawienie ustało. Późniejsze badania nie wykazały żadnego śladu guza. Nagłośnia nie przyjęła coprawda swego normalnego kształtu, ale męczące chorego objawy kliniczne znikły.

Dołączone rysunki (1 i 2) ilustrują obraz laryngoskopowy i wygląd torbieli przy naciskaniu na język.



Rys. 1



Rys. 2.

Badanie drobnowidowe: (Dr. Hurwicz).

Wewnętrzna ściana torbieli pokryta płaskim, wielowarstwowym nabłonkiem, miejscami kontury komórek zatarte, dalej nazewnątrz warstwa tkanki limfoidalnej, zewnętrzna ściana również pokryta płaskim wielowarstwowym nabłonkiem, miejscami zrogowaciałym.

Przyp. II. Chory W. B., lat 42 skarzy się na chrypkę, która jakoby powstała w przebiegu grypy i trwa już 3 lata z perjodycznemi nasileniami. Jeździł z tego powodu do Szczawnicy, gdzie po kuracji chrypka znikła jakoby zupełnie i po ponownem przeziębieniu powróciła; od pół roku przyłączyły się do niej objawy duszności, występujące przeważnie przy leżeniu.

St. pr. Chory silnej atletycznej budowy. W organach wewnętrznych żadnych zmian niema. W jamie nosowej znaczne przerosty muszel dolnych. W jamie ustnej i gardle zmiany nieżytowe, przerostowe. Powiększenie migdałków podniebiennych i migdałka językowego. Przy laryngoskopji stwierdza się nad struną prawdziwą prawą guz wielkości małego bobu, barwy blado-szarawej, o połyskującej powierzchni. Prawe więzadło rzekome nieco zaczerwienione, infiltrowane. Sondą daje się zauważyć pewna ruchomość guza, elastyczność i przezroczystość otoczki, tak charakterystyczna dla torbieli. Guz daje się sondą unieść ku górze, nie jest on złączony ze struną, a wyrasta z prawej kieszonki Morgagniego. Chory zgodził się na operację. Postanowiłem odciąć część torbieli u podstawy i później pochwycić pętlą lub kleszczykami. Dyrektoskop Haslingera dał się z łatwością wprowadzić w pozycji siedzącej. Przeciąłem torbiel wzdłuż brzegu struny fałszywej, pozostawiając mały mostek, łączący ją z podstawą. Nie zdążyłem pochwycić kleszczy, gdy chory zakrztusił się i zaczął wymiotować. Usunąłem natychmiast aparat Haslingera. W masach wymiotnych dość obfitych ani kropli krwi, ani też guza nie znalazłem. Chrypka natychmiast znikła, głos czysty. Pośrednie badanie krtani nie wykazało śladów guza, struna głosowa prawa zlekka zaróżowiona. Nazajutrz chory czuł się zupełnie dobrze. Badanie krtani po za nieznacznem zaczerwienieniem prawej struny głosowej żadnych zmian nie wykazało. Po kilku tygodniach pisał mi chory (z prowincji) że na chrypkę więcej nie zapada i objawów duszności niema. (Rys. 3).



Rys. 3.

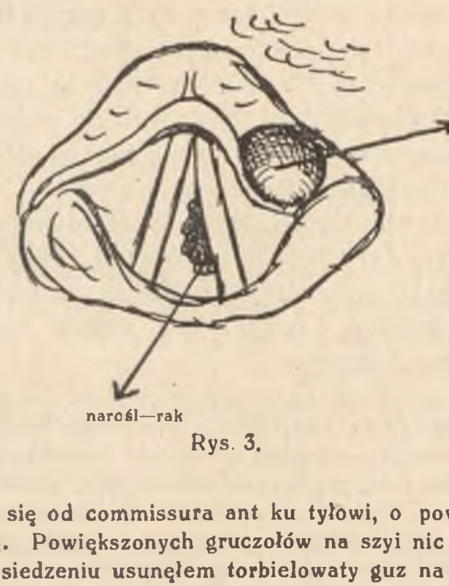
Przyp. III. Chora K. M. lat 32 zwróciła się do mnie z powodu niedrożności nosa i uczucia suchości w gardle. W jamie nosowej silne skrzywienie przegrody nosowej w prawo, bardzo duży przerost lewej dolnej muszli nosowej. W gardle nieznaczne zmiany nieżytowe. W krtani na lewej chrząstce nalewkowej nieznacznej wielkości szarawy, przezroczysty guz, w postaci stożka, lub drobnej piramidy, szeroką podstawą, siedzący na nalewce. Struny prawdziwe i rzekome bez zmian. Głos zupełnie czysty. Wnosząc z formy i barwy guza była to torbiel, której obecność żadnych dolegliwości chorej nie sprawiała. Ponieważ chorej zależało tylko na usunięciu niedrożności nosa, ograniczyłem się usunięciem skrzywionej części przegrody i przerostu muszli. Na operację torbieli chora nie zgodziła się, czując się zupełnie dobrze po operacji nosowej. (Rys. 4).

P r z y p. IV. Chory I. S., lat 65. Datująca się od 2 lat chrypka mniejszego lub większego natężenia stała się uporczywą od 3 miesięcy. W zeszłym roku był w Ciechocinku pod obserwacją Prof. Szmurły. Po wziewaniach chrypka jakoby nieco się zmniejszyła. Po za chrypką żadnych dolegliwości niema. Serce i płuca zdrowe.



Rys. 4.

W gardzieli zmiany nieżytowe. Laryngoskopja: Znaczne powiększenie migdałka językowego, zwłaszcza po stronie lewej. Zwężenie nagłośni po stronie lewej i odchylenie lewego brzegu ku środkowi krtani, najprawdopodobniej na skutek ucisku, wywieranego na nagłośnię ze strony guza, usadowionego szeroką podstawą na więzadle nagłośniowo-językowem (rys. 5). Guz wielkości małego orzeszka, gładki, barwy ciemno-szarawej, przeświecający. Pod lewą struną głoso-



Rys. 3.

wą narośl, ciągnąca się od commissura ant ku tyłowi, o powierzchni nierównej, barwy ciemno-szarej. Powiększonych gruczołów na szyi nic stwierdziłem.

Na jednem posiedzeniu usunąłem torbielowaty guz na więzadle nagłośniowem i dostępną dla oka część narośli pod struną głosową.

Badanie wycinków, przeprowadzone w pracowni Anatomji patologicznej Szpitala Św. Ducha w Warszawie wykazało: Wycinek I-szy; o kształcie owalnym, wielkości bobu o powierzchni dość gładkiej i lśniącej, na przekroju okazał się cienkościenną torbielą, wypełnioną treścią gęstawą, żółtawą. Mikroskopowo widzimy, że torbiel ta jest wysłana nabłonkiem parowarstwowym, gdzieniegdzie spłaszczonym z licznemi komórkami kubkowemi. Z zewnętrznej strony torbiel jest pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, pod którym w paru miejscach znajdują się okrągłe skupienia limfocytów, jakby mieszki chłonne.

Rozpoznanie: Cystis, verisimiliter congenita.

Wycinek drugi, wielkości ziarna soczewicy, jest dość zbity, szaro-biały.

Mikroskopowo znajduje się w tym skrawku utkanie raka płaskokomórkowego rogowaciejącego. Rogowacenie odbywa się wszędzie drogą parakeratozy. W bardzo skąpem podścielisku spostrzegamy dosyć skąpe nacieki okrągło i drobnokomórkowe. Dalszy przebieg choroby następujący: miejsce, gdzie znajdywała się torbiel goi się gładko. Narośl pod strunami bez zmian, nie buja. Wobec wyniku badania zaproponowano choremu laryngofissurę. Chory na operację nie zgodził się i wyjechał do Berlina. Po miesiącu otrzymałem od Prof. Glucka i Soerensona wiadomość, że zmienioną patologicznie strunę głosową dało się w zupełności wraz ze zdrową jeszcze częścią usunąć i liczą, że mimo powstałego ropnego zapalenia oskrzeli sprawa gojenia pójdzie gładko. Po miesiącu drugi list: niespodziewanie rozwinęło się zapalenie ochrzęstnej chrząstki tarczykowej po stronie przeciwległej (t. j. prawej) i w następstwie zgorzel całej chrząstki prawej. Z powodu duszności wprowadzono ponownie rurkę tracheotomijną, wskutek czego nastąpiło natężenie objawów ropnego zapalenia oskrzeli, osłabienie czynności serca, exitus z powodu postępującej insuficientiae cordis.

Wracając do opisanych przezemnie przypadków torbieli krtani zaznaczyć muszę, że we wszystkich prawie przypadkach stwierdziłem jednocześnie mniejszą lub większą wybujałość tonsillae lingualis. Objawy kliniczne, towarzyszące torbielom krtani są naogół nikłe, nawet przy znacznych rozmiarach guza, tylko torbiele, wychodzące z uchyłka Morgagniego, przeszkadzające normalnej funkcji strun, mogą prędzej przez odnośne objawy zwrócić na siebie uwagę.

Podaną kazuistykę torbieli krtani pragnąłbym jeszcze uzupełnić niezmiernie pouczającym przypadkiem, opublikowanym przez *Marxa* [28]), tembardziej, że jest to bodaj jedyny w literaturze odnośnej przypadek, gdzie torbiel stwierdzoną i rozpoznaną została za życia u oseska. Oto krótka historja choroby:

Dziecko 11-to miesięczne, małe, słabo rozwinięte. Już w pierwszych dniach życia zauważono upośledzone oddychanie i utrudnione ssanie. Wobec ogólnego stanu osłabienia umieszczone zostało w szpitalu dziecięcym, gdzie stwierdzono bardzo słaby rozwój dziecka, graniczący z kacheksją, zanik podkładu tłuszczowego w wielu miejscach, drobne rzężenia w lewem płucu. Przy oddychaniu stridor i rzężenie, w natężeniu swem zmienne w zależności od położenia dziecka.

Pirquet-negatywny. Pośrednie badanie krtani niemożliwe, Przy palpacji stwierdza się w okolicy krtani okrągły elastyczny guz, który przy autoskopji uwy-

datnia się jako gładki, lśniący, kulisty twór wielkości orzeszka, usadowiony po lewej stronie krtani i rozpoznany, jako torbiel wrodzona. Roentgen w bocznem ułożeniu: rzucający wyraźny cień okrągły twór, dochodzący z tyłu do kręgosłupa, i ciągnący się ku dołowi do poziomu strun głosowych.

Wobec ogólnego złego stanu dziecka zabieg odłożono do czasu poprawy zdrowia. Gdy jednak wszelkie usiłowania w tym kierunku okazały się bezowocnemi i operacja stanowiła wobec postępującej duszności indicatio vitalis, wykonano przedwstępną trachetomję. T-o 39. Pomimo zabiegu po 5-ciu dniach wzmożone objawy duszności. Przy zmianie rurki trach. stwierdzono obecność nalotów błoniastych w tchawicy, po usunięciu których oddech staje się wolniejszym, lecz nie nadługo. Już nazajutrz ponowne objawy duszności, zależne od nalotów, które tym razem nie dają się zdjąć. Przez wprowadzony do tchawicy mały bronchoskop stwierdzono obecność suchych strupków i nalotów (?) kilkogodzinna poprawa. Wieczorem ponowny stridor. Tchawica wolna od nalotów, natomiast sporo ich w obu oskrzelach. W nocy—exitus.

Bakterjoskopowe badanie nalotów wykazało prócz kokków obecność las. Loefflera. Sekcja wykazała ogólną atrofję i anemję. Silny stan zapalny tchawicy i oskrzeli z wytworzeniem się błon wrzekomych, oddzielne ogniska bronchopneumoniczne w obu płatach płuc. W krtani kulista torbiel, wypełniająca lewą zatokę gruszkowatą i fałdę nagłośniowo-nalewkową i silnie zwężająca wejście do krtani. W preparatach histologicznych widać związek ścian torbieli z chrząstką. Histologiczna budowa ścian torbieli przedstawia pewną odrębność, a mianowicie: wewnętrzna ściana pokryta była nabłonkiem wielowarstwowym cylindrycznym z wyraźnemi migawkami na powierzchni. Autor dochodzi do wniosku, że nie jest to zwykła torbiel retencyjna i nie branchiogennego pochodzenia, a najprawdopodobniej powstała na skutek zaburzeń w rozwoju uchyłka Morgagniego i zaliczyć ją należy do tak zwanych torbieli dysontogenetycznych, które szczegółowo opisał Schneider [35]).

Przy analizie przypadku *Marxa* mimowoli nasuwa się pytanie, dlaczego autor pomimo tak wyraźnych objawów klinicznych, wyjaśniających charakter komplikacji, powstałej po tracheotomji, nie zastosował terapji przyczynowej, a ograniczył się mechanicznym usuwaniem nalotów, pozatem, czy usunięcie torbieli conchotomem, lub punkcja z następczym usunięciem ścianek nie były bardziej wskazane, niż przedwstępna tracheotomja u tak kachektycznego dziecka. Abstrahując jednak od tych rozważań, należy zaznaczyć, że jest to przypadek niezmiernie pouczający tak dla laryngologów, jak i pedjatrów i akuszerów, świadczący o tem, że w wypadkach stridor congenitus nie należy zapominać o tej możliwości, by rozpoznanie skierować na właściwą drogę.

Pünder [37]), który również podobny przypadek torbieli wrodzonej u oseska obserwował, zwraca uwagę na zespół objawów klinicznych, towarzyszący torbielom: dyspnoë rozmaitego natężenia, stridor wdechowy, wciąganie klatki piersiowej, ataki krztuszenia podczas ssania lub picia, położenie przymusowe po stronie torbieli.

Watson [88]) opisuje przypadek, gdzie silne ataki kaszlu i duszności, przyjęte jako objawy dychawicy oskrzelowej były skutkiem dużej zropiałej torbieli, znalezionej przy autopsji. Chory ten, przewieziony podczas silnego ataku duszności do szpitala, zmarł nagle, zanim badanie krtani mogło być przeprowadzone.

Wojaczek [89]) opublikował 4 przypadki torbieli szyi w okolicy krtani (laryngocele), przyczem w jednym z nich stwierdzono jednocześnie torbiel w uchyłku Morgagniego, wypełnioną powietrzem.

Piśmiennictwo.

1) M. Mackienzie. Die Krankheiten des Halses u der Nase 1880 Bd 1. 2) M. Schmidt. Die Krankh. d. oberen Luftwege 1903 i 1909. 3) A. Jurasz. Gutartige Geschwülste. Heymanns Handbuch d. Laryn. Bd. 1. 4) L. Lewin. Russkaja Oto-laryngołogja 1924 T. 2. 5) A. Bruck. Die Krankh. d. Rachens u. Kehlkopfes 1907. 6) J. Schnitzler. Klinischer Atlas d. Laryngologie 1896. 7) R. Kayser. Anleitung zur Diagnose u. Therapie der Kehlkopfkrankh. 1914. 8) J. Sędziak. Choroby jamy ustnej gardzieli i przełyku. 1900. 9) J. v. Mikulicz i W. Kümmel. Die Krankh. d. Mundes i t. d. 1912. 10) A. Denker i W. Brünings. Lehrbuch der Krankh. d. Ohres u. der Luftwege. 1923. 11) Ulrich. Ueber Kehlkopfcysten. Inaug. Diss. Wurzburg 1887 i Heymanns Handbubuch d. L. 12) G. Coulet. Kyste de l'epiglotte. Rev. med. de l'est Bd. 52 n. 13) Taylor H. Marschall. A case report of cyst of the epiglotis some unusual features. New-York med. Jour. Bd. 117 n. 6. 14) Hochman. Ueber Cysten des Larynx. Inaug. Diss. Wurzburg 1914. 15) Ph. Schech. Die Die Krankh. der Mundhohle, des Rachens u. s. w. 1906. 16) M. S. Żyrmuński. Słuczaj kisty nadgortannika. Jeżemieś. usznych gorł. bol. T. IV. 1909. 17) Burmeister. O kistach gortani. Żurnał usznych, gorłowych i nos. bol. T. 4 n. 9/101 27. 18) Iryiama Ioschio. Ueber die Atheromcyste der Epiglottis. Ref. Fol. Oto-laryng. B. 28. 19) S. G. Borschim. Ein Fall einer Zyste der Epiglottis. Zeitsch. f. Laryng. Bd. 14 H. 3. 20) F. Blumenfeld. Handb. d. spez. Chir. des Ohres u. d. oberen Luftw. Katz, Preysing i Blumenfeld Bd. IV 1914 str. 417. 21) Sanvenero-Roselli. Cisti della Larynge. Ann. di laringol., otol. rinol Jg. 4 1928. 22) O. Koerner. Lehrbuch d. Ohren-Nasen u. Kehlkopfkr. 1922. 23) Glas. Ueber Larynxcysten. Arch. f. Laryng. Bd. 19, str. 285. 24) Senator. Deutsche med. Woch. 1902 str. 13. 25) Oppikofer. Arch. f. Laryng. Bd. 21 str. 385. 26) Chiari. Arch. f. Laryng. Bd. 2. 1894 i Wien. kl. Woch. 1891 n. 52. 27) O. Kahler. Genes d. Epiglottiscysten. Arch. f. Laryng. Bd. 17. 28) H. Marx. Angeborene Kehlkopfcyste Zeitsch. f. Hals-Nas u. s. w. Festschrift Otto Korner Bd. 21 1928, str. 376. 29) Mischkin. Ueber Epiglottiszysten. Inaug. Diss. Konigsberg 1912. 30) Salomon W. Ueber Larynxcysten. Inaug. Diss. Heidelberg 1910 i Zeitschr. f. Ohr. Bd 62. 31) Alexander. Histol. Beitrage i t. d. Arch. f. Laryng. Bd. 8, str. 217. 32) K. Sawicz. O torbielach nagłośniowych. Polski Przegląd Oto-laryngol. T. VIII. Z. 1—2. 33) J. Szmurło. Choroby krtani i tchawicy. Podręcznik dla lekarzy i stud. Wilno 1931. 34) F. Erbrich. L. c. 35) Schneider. Zur Genese der kongenitalen Larynxcysten. Zeitschr. f. Ohrenh. 64. 1912. 36) Beck

K. i Schneider P. Missbildungen v. Kehlkopf: Luftröhre, Bronchien. Die Krankh. der Luftwege i t. d. A. Denker u. O. Kahler Bd. 2 1926, str. 428. 37) Pünder. Larynxstenose durch angeborene Kehlkopfcyste. In. Diss. Freiburg 1917. 38) Watson W. R. Aberrant branchial cyst encroaching ond the glottis i t. d. Arch. of. Oto-larynhol. Bd. 7 n. 1 1928. 39) Wojaczek. Les tumeurs kystiques dans la region laryngee du cou. Ref. Annales des Maladies de l'oreille i t. d. T. XLV n. 7. 1926. 40) E. Louys. Cystes intralar. Rev. de chirur. T. 2 p. 653. 1899.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu.
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z oddziału laryngologicznego Szpitala Kasy Chorych Im. Prezydenta Rzeczypospolitej Prof. D-ra Ignacego Mościckiego w Łodzi. Dyrektor Szpitala Prof. Dr. Wincenty Tomaszewicz.

Podał Dr. Med. JÓZEF IMICH.

Przypadek porażenia nerwu odwodzącego pochodzenia usznego.

Porażenia nerwów odwodzących jak i innych nerwów mózgowych powstają przez uszkodzenie ich jąder i ich nadjądrowych dróg i ośrodków, lub też przyczyna ich tkwi w samym nerwie, w jego przebiegu u podstawy czaszki (porażenie podstawowe).

Otologów przedewszystkiem interesują porażenia podstawowe nerwu odwodzącego, a to z tego powodu, iż wywoływane one zostają przez procesy oponowe, przebiegające u podstawy czaszki i występujące jako komplikacje wewnątrzczaszkowe schorzeń ucha środkowego. Należą do nich surowicze lub ropne zapalenia opon, krwotoki, nowotwory i kilaki.

Przyczyny porażenia nerwu odwodzącego mogą być różnego rodzaju:

V. Urbantschitsch, Sachs, H. Neuman i Pick przypuszczają możliwość powstania porażenia na tle odruchowem, drogą nerwu błędnikowego, który ma ścisłą łączność z jądrami nerwów ocznych.

Spira, Frankl-Hochwart, Darkszewicz i Tarchanow widzą powstawanie porażenia w zakaźnem zapaleniu nerwu.

Autor jest zdania, że porażenie może być wywołane posuwaniem się stanu zapalnego z ucha środkowego przez zatokę żylną i kanał

tętnicy szyjnej do zatoki jamistej i nerwu odwodzącego. Szczególnie dotyczy to tych przypadków, w których bez objawów oponowych i ropowicy występuje porażenie nerwu odwodzącego wspólnie z zapaleniem nerwu wzrokowego.

Boeninghaus, Haberman, Rimini i Bondy, jako przyczynę porażenia opisali ograniczone ropne zapalenie opon u wierzchołka piramidy, a *Lehman* ropień wielkości fasoli, w którym leżał znekrotyzowany wierzchołek piramidy.

Zdaniem *Gradenigo* porażenia te wywołane bywają ograniczonem kostnem zapaleniem wierzchołka piramidy z wtórnem zapaleniem opony twardej.

Ucisk nadoponowych, około-zatokowych ropni, również ropni mózgu i móżdżku wywołać może porażenie nerwu odwodzącego.

Najczęściej zdarzają się one przy rozlanych lub ograniczonych zapaleniach surowiczych opon mózgowych pochodzenia usznego,— również urazowego.

Następujący przypadek porażenia nerwu odwodzącege miałem możność obserwować przed rokiem.

B. T. lat 21, skierowany do szpitala 31.XII 1930 r., z powodu wycieku ropnego z ucha lewego, wymiotów i bólu głowy. Choroba ucha lewego datuje od kilkunastu lat. Miał — z przerwami — ropotok z ucha bez żadnych innych dolegliwości. Przed tygodniem wystąpiły bóle ucha lewego, po 4 dniach ropotok. W tym samym czasie chory zaczął się skarżyć na gwałtowne bóle głowy i kilkakrotnie wymiotował. Bóle głowy potęgują się coraz bardziej.

St. obecny. Wysokiego wzrostu, dobrze odżywiony pacjent robi wrażenie ciężko chorego, chwilami zamroczony, stale skarży się na silne bóle głowy. Język wilgotny t. 39.3 tętno 66.

Znaczna sztywność karku. Babiński, Oppenheim, Rossolimo, Kernig — ujemne. Źrenice reagują normalnie.

Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych.

U c h o l e w e: W przewodzie zewnętrznym skąpa ilość cuchnącej wydzieliny ropnej. Ściany przewodu kostnego zaczerwienione. Błony bębenkowej brak: pozostał jedynie wązki rąbek w dolnej części. Wyrostek sutkowy niebolesny.

U c h o p r a w e: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu. Ucho lewe: Szept. O. Mowa zw. a. c.

W. lewo, przewodnictwo kostne wydłużone, Rinne ujemny.

Stroiki od C 256 wzwyż.

Ucho prawe norma.

Badanie narządu statyki: Ny spontaniczny O. Próba przetokowa O. Prób obrotowej, kalorycznej i objawu Romberga nie badano ze względu na ciężki stan chorego.

1.I. 31 Wykonano operację doszczętną ucha lewego, (chory na operację dnia pierwszego nie zgodził się).

Operacja: kość wyrostka twarda, bezpowietrzna. W okolicy autrum natrafiono na dużą jamę sięgającą od środkowej części wyrostka sutkowego do antrum i opony twardej. Z jamy tej wydobywa się pod ciśnieniem cuchnąca treść ropna i masy zropiałego perlaka. Opona twarda środkowej jamy czaszkowej samoistnie obnażona na przestrzeni około 2 cm^2. Z pomiędzy niej a tegmen antri wydobywa się obficie treść ropna, opona twarda obnażona na dalsze 2 $cm.^2$. Wydłutowano i wyskrobano chorą tkankę kostną sięgającą do tyłu od bloku labiryntowego. Zatoka esowata bez zmian chorobowych.

2.I T^0 37,1—rano, 39.2 wieczorem, tętno 82. Chory skarży się na uporczywe bóle głowy. Stan ogólny chorego bez zmian. Badanie oczu: Dno oczu bez zmian (Dr. Sokołowski). Mocz — ślady białka.

3.I T^0 38,5 37,8 tętno 86. Gwałtowne bóle głowy, wobec czego przystąpiono do zmiany opatrunku: W jamie pooperacyjnej znaczna ilość cuchnącej ropy, wydobywającej się z przestrzeni nadoponowej. Nakłucie lędźwiowe: płyn pod normalnem ciśnieniem nieco opalizujący. Badanie płynu B — 0,3⁰/₀₀, do 15 leukocytów w 1 m^3.

4.I—15.I. Stan ogólny chorego znacznie się poprawił; bóle głowy ustąpiły; sztywność karku nieznaczna. Stan podgorączkowy. Z nad opony twardej wydobywa się nadal obfita treść ropna.

17.I T^0 w. 37,6. Chory skarży się na bóle głowy. Nakłucie lędźwiowe; badanie jak wyżej.

18.I — 30.I. Codzienna zmiana opatrunku, wydzieliny ropnej z nad opony twardej nie stwierdza się. Chory skarży się na stały lecz miernego stopnia ból głowy. Stan bezgorączkowy.

1.II. Jama pooperacyjna pokryta wiotką krwawiącą ziarniną.

Wydzieliny ropnej z nad opony twardej brak, natomiast w jamie bębenkowej obfita, gęsta ropa. T^0 37,8 wiecz. Bóle głowy tylko wieczorami.

3.II. St. jak wyżej.

5.II. Wieczorem wystąpił niedowład nieznacznego stopnia wszystkich gałązek n. twarzowego lewego, pozatem bez zmian T^0 36,9 — 37,5.

6 II — 9.II. Bez zmian.

10.II. T^0 37,2. Wobec tego, że obfite bujanie ziarniny zamknęło częściowo dostęp do jamy bębenkowej, skąd wydobywa się obfita treść

ropna — wyskrobano w narkozie eterowej masy ziarniny. Wieczorem T⁰ podniosła się do 39,2⁰, chory narzeka na gwałtowne bóle głowy, wymiotuje. Sztywność karku. Objaw Kerniga dodatni.

Badanie neurologiczne. (Prof. Dzierżyński). Meningitis basilaris. Porażenie n. twarzowego i neuralgja n. trójdzielnego. Kernig dodat. Sztywność karku. Porażenie n. odwodzącego prawego.

11.II. St. idem. T⁰ 37,1 — 38,5⁰. Nakłucie lędźwiowe. Płyn mętny pod silnem ciśnieniem. Chory otrzymał dożylnie 10 cm. hemtysalu i 20 cm. glukozy.

Badanie płynu: Komórek 1.700 w 1 $mm.^3$ (przeważają leukocyty). Białka 0,5⁰/oo.

Nonne — Apelt, Pandy i Weichbrodt dodatni. Hodowla po 24 godz. jałowa.

12.II. Stan bez zmian T⁰ 36,9⁰—38,6.

13.II. Jak wyżej. Nakłucie lędźwiowe. Badanie płynu jak poprzednio.

15.II. Stan chorego nieco lepszy. Sztywność karku mniejsza. Kernig słabo dodatni. T⁰ 38,2 — 38,9⁰. Bóle głowy utrzymują się. Zez zbieżny ustąpił. Niedowład n. twarzowego utrzymuje się.

16.II. T⁰ 37,6⁰—39,2⁰. Bóle głowy. Nakłucie lędźwiowe: Komórek 42⁰ w 1 $mm.^3$ (przeważają leukocyty). Nonne — Apelt dodatni. Drobnoustrojów nie stwierdzono. Chory otrzymał 2 $cm.^3$ propidonu domięśniowo.

17.II. St. idem. 10 $cm.^3$ Hemtysalu dożylnie.

18.II. St. idem. Wydzielina z rany skąpa. 4 $cm.^3$ Propidonu, oraz glukoza dożylnie. Bóle głowy w dalszym ciągu T⁰ 38,3 — 38,8⁰.

19.II. U chorego wystąpiło powtórnie porażenie n. odwodzącego prawego T⁰ 37,7—38,8⁰ tętno 98. Nakłucie lędźwiowe i przepłókanie kanału lędźwiowego roztworem fizjologicznym soli. (Dr. Kalisz).

21.II. Stan chorego bez zmian. 4 $cm.^3$ Propidonu.

22.II. T⁰ 37,5 — 39,5⁰. Bóle głowy utrzymują się. Dożylnie glu koza 50%.

24.II. — 4.III. Samopoczucie chorego lepsze. Bóle głowy mniejsze. Stan bezgorączkowy. Wydzielina z rany skąpa.

6.III. T⁰ 39,6 — 39.9. Ponownie wystąpiły b. silne bóle głowy. Nakłucie i przepłókanie kanału leźw. fizjolog. roztworem soli.

7.III. 8.III. Stan nieco lepszy. Glukoza dożylnie.

9.III. Stan chorego znowu znacznie się pogorszył. Silne bóle głowy. T⁰ 38⁰ — 39.5. Nakłucie lędźw. i przepłókanie kanału roztw. soli.

Badanie płynu: Komórek 2.400 w 1 mm^3. Białka 1,5$^0/_{00}$ Nonne-Apelt, Pandy, Weichbrodt wybitnie dodatni. Hodowla jałowa.

10.III. T^0 normalna. Samopoczucie lepsze. Niedowład nerwu odwodz. znacznie mniejszego stopnia.

12.III—29.III. Stan bezgorączkowy. Samopoczucie dobre. Bóle głowy ustąpiły. Pozostał lekki niedowład prawego nerwu odwodzącego.

30.III. St. idem. Nakłucie lędziowe. Badanie płynu: Komórek 111. B. — 0,66$^0/_{00}$.

1.IV. Samopoczucie b. dobre. T^0 normalna. Utrzymuje się lekki niedowład n. odwodzącego prawego. Niedowład n. twarzowego lekko zaznaczony.

W stanie dobrym wypisany ze szpitala.

Badanie chorego dnia 2.IV 1932 roku: Powierzchnia jamy pooperacyjnej całkowicie wynaskórkowana. Słuch lewego ucha: Szept a. c. mowa zw. — 1 m. Nerw twarzowy i odwodzący — norma. Samopoczucie bardzo dobre.

Chory przybył do szpitala z powodu obostrzenia przewlekłego zapalenia ucha środkowego lewego, silnych bólów głowy i wymiotów.

Podczas operacji stwierdzono zropiały perlak, przylegający bezpośrednio do opony twardej i ropień nadoponowy.

Trzykrotnie nawroty zapalenia opon, porażenie nerwu odwodzącego i neuralgja nerwu trójdzielnego (*E. Schlander*) przemawiały za tem, że proces przebiega u wierzchołka piramidy.

Najciekawszym jednak objawem w przebiegu tej choroby było dwukrotne wystąpienie po stronie zdrowego ucha porażenia nerwu odwodzącego, przy zupełnym braku zmian w uchu prawem, jak również w prawych tylnych komórkach sitowych i zatoce klinowej.

Jeżeli porażenie nerwu odwodzącego po stronie chorego ucha, jako powikłanie schorzenia usznego jest zjawiskiem nieczęstem, to porażenie tego nerwu po stronie przeciwległej jest zdarzeniem niezwykle rzadkiem.

Sears w statystyce zebranej do r. 1925, podaje 272 przypadki porażenia nerwu odwodzącego pochodzenia usznego, z których wszystkiego 16 było po stronie przeciwległej, a *Veits* w r. 1931 opisał jeszcze dwa.

Podług *Cushinga* kontrlateralne porażenie nerwu odwodzącego bywa spowodowane uwięźnięciem nerwu przez gałązki tętnicy podstawnej. U niektórych osobników nerw odwodzący bywa przy wyjściu swem z rdzenia przedłużonego skrzyżowany przez a. auditiva

interna i aa. cerebellares inferiores. Czasem leży nerw powierzchownie, czasem zaś tętnice. Jeżeli z jakiejkolwiekbądź przyczyny (nowotwór, ropień, wodogłowie wewnętrzne, obrzęk mózgu) dochodzi do powiększenia objętości mózgu i mostu, to tętnice, wgłębiające się w mózg, uciskają i uszkadzają nerw, o ile leży on tuż pod niemi.

Jeżeli nerw odwodzący po stronie chorej leży powierzchownie, po stronie zaś zdrowej — pod tętnicą i dochodzi do obrzęku mózgu, to wtedy występuje porażenie nerwu po stronie zdrowego ucha.

Aczkolwiek istnieje wiele hipotez co do powstawania porażenia nerwu odwodzącego pochodzenia usznego po stronie zapalenia i po przeciwległej stronie, jednak muszę zgodzić się z *Knickiem* który podkreśla, że jedyne pewne wyjaśnienie powstawania tego porażenia da nam badanie histo-patologiczne, którem narazie nie dysponujemy, z powodu pomyślnego zejścia wszystkich dotychczas obserwowanych przypadków.

Piśmiennictwo.

O. Fischer. Mschr. f. Ohrenh. T. 53. 1919. Boeninghaus. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Alexander i Marburg. Handbuch der Neurologie des Ohres. Fremel. Mschr. f. Ohrenh. T. 56. 1922. E. Ruttin. Mschr. f. Ohrenh. T. 53. 1919. H. Neumann. Posiedzenie otolog. austrj. 1925. J. Hofer. Rechtsseitige Abducenslähmung. Mschr. f. Ohrenh. Z. 6. 1925. A. Knick. Die Abduzenslähmung bei Otitis media. Vhdl. d. ges. deutsch. Otolog. 1922. C. Veits. Zwei Fälle von seitengekreuzten Abducennslämung bei endokraniell komplizierten Otitis. Ztschr. f. Lar. Rhin. ü. Otol. T. 20. Z. 5. 1931. Cushing. wg. Veitsa.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski.*

Potworniak języczka *(teratoma uvulae)*

podał Dr. WIKTOR JANKOWSKI Asystent Kliniki.

Ze względu na rzadkość występowania pozwalam sobie przytoczyć przypadek potworniaka języczka, który mieliśmy sposobność obserwowania i leczenia w tutejszej klinice.

Potworniaki należą do t. zw. nowotworów mieszanych, których cechą charakterystyczną jest to, że składają się z kilku tkanek aty-

powo rozwiniętych, przyczem każda z nich w dalszym rozroście zachowuje zupełną niezależność. Ta mnogość tkanek atypowo rozwiniętych jest cechą charakterystyczną dla mieszańca w przeciwieństwie do innych nowotworów, gdzie właściwy nowotwór stanowi tylko jednego rodzaju tkanka (wszystkie nowotwory łączno-tkankowe i nabłonkowe).

Okolica miękkiego podniebienia dzięki złożonemu procesowi rozwojowemu jest miejscem dysponowanem dla wytworzenia się nowotworów, a szczególnie mieszańców, których powstawanie przeważna część autorów uzależnia od zaburzeń rozwojowych. Występujące tu mieszańce przedstawiają bardzo bogatą różnorodność. Według *Nowickiego* obok guzów podniebiennnych (*epignatus*), które mają być upośledzone rozwojowo płodem w drugim płodzie, są więc pochodzenia bigerminalnego, mogą tu występować nowotwory mieszane, złożone z tkanek pochodnych jednego, dwuch lub trzech listków zarodkowych jednego płodu, a więc pochodzenia monogerminalnego. Powstawanie tego rodzaju nowotworów tłumaczy sobie dwojako, albo odszczepieniem (*aberratio*) pewnych ognisk zarodkowych lub metaplazją. Jasnem jest, że im wcześniej w rozwoju zarodka wyodrębniła się pewna grupa komórek, tem większa jest jej potencja wytworzenia różnych tkanek. Jeżeli odszczepienie to wystąpiło w okresie bróżdkowania powstać może mieszaniec złożony z trzech listków zarodkowych (*tridermoma Wilmsa*). Jeżeli odszczepienie nastąpiło później, powstaje mieszaniec z dwuch lub z jednego listka zarodkowego.

Guzy mieszane podniebienia mają kształt kulisty i zwieszają się do jamy ustnej lub ku tyłowi do jamy gardłowej. Jeżeli ulegają zwyrodnieniu złośliwemu mogą przerastać przez torebkę łącznotkankową, która zazwyczaj je otacza, i wrastać w otoczenie, powodując rozmaite komplikacje.

Nasz przypadek dotyczy chorej, lat 48, której wywiady rodzinne są bez znaczenia. Obecna choroba zaczęła się przed dłuższym czasem dolegliwościami ze strony gardła w postaci zawadzania i nieprzyjemnego smaku w ustach.

S t a n o b e c n y: w nosie stwierdza się obraz nieżytu przewlekłego. W gardle w miejscu języczka widoczny jest guz wielkości orzecha włoskiego, kształtu kulistego, zwisający z podniebienia miękkiego, pokryty błoną śluzową, na której widać pojedyńcze małe naczynia krwionośne. Guz ten jest w dotyku gładki, twardy i ruchomy. W krtani i narządzie słuchowym jak też w narządach wewnętrznych zmian się nie stwierdza. Rozpoznaliśmy włókniak języczka.

Przystąpiono do operacji. W miejscowem znieczuleniu nacięto śluzówkę u nasady guza, oddzielając cały guz w ten sposób, że ze



Rys. 1. Potworniak języczka K. L. 48.

śluzówki z tyłu zostawiono płat szeroki i zeszyto go następnie z przednią częścią podniebienia miękkiego. Chora zabieg zniosła bardzo dobrze. Rana zgoiła się, a wszystkie dolegliwości ustąpiły. W czasie późniejszym kilkumiesięcznej obserwacji stan ten stale się utrzymywał.

Badanie histopatologiczne wyciętego guza dokonane w Instytucie Anat. Patolog. U. J. K. we Lwowie (Dyr. Prof. *W. Nowicki*) wykazało: teratoma. Badany guz wykazuje nader różnorodną budowę, składa się tak z elementów łącznotkankowych, jakoteż nabłonkowych w różnym okresie rozwoju i tak: widzimy w nim ogniska tkanki śluzowej, miejscami tkanki chrzęstnej, następnie tkanki łącznej i tłuszczowej. Z elementów nabłonkowych spotyka się twory gruczołowe wysłane

nabłonkiem wałeczkowym i ogniska nabłonka płaskiego, ulegającego częściowo znacznemu rogowaceniu, tak, że tworzą się typowe perły rakowe. Pozatem stwierdza się jeszcze ogniska komórek wielkich,



Rys. 2. Potworniak języczka—obraz mikroskopowy.

Teratoma uvulae. 1) Tkanka chrzęstna, 2) tk. śluzowa, 3) tk. nabłonkowa, 4) tk. tłuszczowa, 5) tk. gruczołowa. Pow. Leitz. Ok. rys. II. Zeiss obj. aa. Tubus 30 mm.

okrągłych o charakterze komórek embrjonalnych, niezróżnicowanych, podobnych częściowo do komórek rakowych, częściowo do mięsakowatych.

Mamy więc tu do czynienia z mieszańcem, złożonym z tkanek pochodnych ekto i mezodermy, z obecnością tkanki tłuszczowej, której występowanie niektórzy (*Sonnenschein*) uważają za stosunkowo rzadkie. Mieszańce jako guzy pochodzenia embrjonalnego przeważnie występują u noworodków lub w pierwszych latach życia, mogą jednak — jak u naszej chorej — występować i w starszym wieku (*Lichtenstein, Wulfson, Tschiassny*). Dzieje się to prawdopodobnie dzięki dobrotliwości guzów, które, nie sprawiając choremu dolegliwości, pozostają niezauważone, (*Sonnenschein, Wulfson*). Niekiedy mieszańce ulegają zwyrodnieniu złośliwemu, jak w naszym przypadku, a nawet

tworzą nawroty (*Souchet*, *Lanos*, *Aladgenoff*, *Worms*). Co się tyczy umiejscowienia mieszańców, to według *Kümmela*, *Mikulicza*, *Wulfsona* nie występują one nigdy w linji środkowej. Z trzech przypadków przytoczonych przez *Wulfsona*, dwa znajdywały się po prawej, jeden po lewej stronie podniebienia. Podobnie w przypadkach innych autorów jak *Wormsa*, *Bourgeois*, *Gradenigo'a*, *Lichtensteina*, *Souchet'a*. Z potworniakiem języczka w dostępnej mi literaturze nie spotykałem się. Nasz przypadek byłby więc odosobnionym.

Leczenie zależnie od umiejscowienia, wielkości i budowy guza i ewentualnych komplikacyj musi być rozmaite. Każdy przypadek należy traktować indywidualnie. W naszym przypadku wystarczył zresztą łatwy zabieg operacyjny, przyczem udało nam się zachować normalny kształt podniebienia miękkiego, co nie jest bez znaczenia dla wymowy. Inni autorowie widzieli się zmuszeni do mniej lub więcej rozległych i trudnych operacji, inni leczyli elektrokoagulacją lub naświetlaniami promieniami radu lub Rentgena.

Literatura.

1) Nowicki: Anatomja Patologiczna 1929. 2) Blumenfeld-Jaffe: Patologje der oberen Luft. Speisewege 1930. 3) Szmurło: Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku 1930. 4) Denker-Albrecht: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres u der Luftwege. 5) Mikulicz-Kümmel: Krankheiten des Mundes 1912. 6) Denker-Kahler. Handbuch Der Nasen-Hals u. Ohrenheilkunde. 7) Wulfson: Polski Przegląd Otolaryngologiczny t. 7 z. l. 8) Sonnenschein: Annales des Mald. de l'oreille et du larynx 1930. 9) Souchet tamże 1926. 10) Bourgeois: tamże 1925. 11) Worms: tamże 1925. 12) Lanos, Aladgenoff: tamże 1927. 13) Lichtenstein: Z t. f. Hals, Nasen, Ohrenheilkunde 1923. 14) Tschiassny: Monatschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryng. u. Rhinolog. 15) Gradenigo: Ihternat. Zbt. f. Laryng. u. Rhinolog.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przyczynek do morfologji ropni okołomigdałkowych i pozagardłowych.

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Sprawy zapalne, toczące się w najbliższem sąsiedztwie migdałka podniebiennego są w znacznej mierze zależne od rozmieszczenia tkanki łącznej okołomigdałkowej, która w stosunku do wielkości i stopnia rozwoju tegoż migdałka tworzy na jego powierzchni zbitszą warstwę, mającą cechy morfologiczne torebki okołomigdałkowej (*Güttich, Silvagni*). Zdaniem *Grünwalda Killiana i Chorążyckiego*[1]) koncentryczne warstwy tkanki łącznej, które już w 7-mym miesiącu życia płodowego otaczają zawiązek migdałka podniebiennego, występują u noworodka jako właściwa otoczka tylko w migdałkach usadowionych głęboko w sinus tonsillaris. Migdałki rozrośnięte i uszypułowane nie posiadają torebki łącznotkankowej. Górny biegun migdałka jest od strony fossa supratonsillaris pokryty fałdką śluzówkową, zawierającą sporą ilość tkanki łącznej, która w tem miejscu jest silniej zrośnięta z miąższem migdałka jako jego otoczka. Migdałki głęboko osadzone w sin. tonsillaris obejmuje otoczka błony śluzowej także od dołu. Fałd śluzówki, zawierający sporą ilość tkanki łącznej podśluzowej, pokrywa na kształt kapy górny zachyłek migdałka i daje się z niego ściągnąć jak palec od rękawiczki. Zachyłek ten może według *Hisa* tworzyć w jednych wypadkach gładkie zaklęśnięcie pod powierzchnią śluzówki (fossa supratonsillaris w ścisłem słowa znaczeniu) w odróżnieniu od t. zw. sinus Tourtuali, otoczonego od góry jeszcze tkanką adenoidalną. Otoczka łącznotkankowa migdałka składa się zasadniczo z 3-ch warstw: 1) tkanki łącznej właściwej, otaczającej jego zewnętrzną powierzchnię, 2) cienkiej warstwy wiotkiej tkanki łącznej, oddzielającej migdałek od 3) fascia pharyngis intermedia, którą przy tonsillectomji należy oszczędzać, by nie obrazić ściany mięsnej zwieracza gardła, leżącej tuż pod nią i zawierającej większe gałązki naczyniowe. W stosunku do łuków pod-

[1]) Topographie u. Mechanik d. Gaumenmandeln Mon. f. Ohr. Bd. 63 z. 10 — 928.

niebiennych otoczka migdałka sięga z przodu i z tyłu do warstwy mięsnej odpowiednich łuków, spatium zaś peritonsillare może sięgać nieco głębiej aż poniżej mięśni skurczowych połyku (palatoglossus i palatopharyngeus). Stądto często daje się zaobserwować fakt, że w przypadkach ropnia okołomigdałkowego przedni łuk bywa zazwyczaj znacznie wypuklony ku przodowi i w kierunku zewnętrznym ku ostatniemu zębowi trzonowemu szczęki dolnej, w kierunku zaś bocznym ropień okołomigdałkowy natrafia na silną zaporę pod postacią mięśnia zwieracza gardła g. który może być również przez większe zbiorowisko ropy odsunięty na zewnątrz ku spatium parapharyngeum wzgl. pharyngomaxillare (Zuckerkandl). Przestrzeń ta jest ograniczona na zewnątrz przez fascia parotidea, do tyłu przez fascia praevertebralis, do przodu zaś przez ramię pionowe żuchwy. Musculus styloglossus i stylopharyngeus tworzą z powięzią rylcowogardłową (aponeurosis stylopharyngeus) rodzaj przegrody, która dzieli całą tę przestrzeń na odcinek przedni i tylny (spatium prae et retrostyloideum). W obrębie tego ostatniego odcinka mieści się art. carotis int , vena jugul. a prócz tego nerw błędny, podjęzykowy i współczulny (gl. cervic. suprem).

Badania *Wesselyego* wykazały, że przy nastrzykiwaniu tuszem całej tej okolicy można było zauważyć przedostawanie się tuszu poprzez wiotką tkankę łączną ku górze aż do podstawy czaszki w okolicę for. ovale, ku dołowi zaś do śródpiersia tylnego. Z doświadczeń tych wynika również, że spatium parapharyngeum bierze do pewnego stopnia udział we wszystkich procesach zapalnych okołomigdałkowych (*Canuyt*), wstrzyknięcie bowiem zawiesiny tuszu w najbliższe sąsiedztwo tkanki okołomigdałkowej czy też samej torebki migdałka wykazywało obecność pewnej ilości tuszu także w obrębie wspomnianej przestrzeni okołogardłowej Najczęstszem miejscem w kt. tworzy się ropień okołomigdałkowy jest warstwa tkanki łącznej, otaczająca migdałek podniebienny ponad jego górnym biegunem nieco z boku od fossa supratonsillaris. W myśl powyższego zapatrywania *Grünwald* i *Killian* starali się udowodnić, że punkt wyjścia sprawy zapalnej leży w ropnych czopach zachyłka górnego migdałka. Z powodu trudności w opróżnianiu się tych nieraz dość głębokich i zatokowatych krypt górnego bieguna migdałka powstaje na skutek stałego drażnienia zrost przedniego łuku z jego zewnętrzną powierzchnią co ułatwia w dalszym ciągu przejście infekcji na tkankę okołomigdałkową (flegmone intravelique). *Dietrich* natomiast posunął się w swoich zapatrywaniach jeszcze dalej, twierdząc, że flegmona około-

migdałkowa może równie dobrze wyjść z każdej innej krypty nawet wówczas, kiedy proces zapalny w niej dawno już przeszedł. Sposób ten tłumaczyłby poniekąd powstawanie ropni zewnątrztorebkowych (absc. subcapsularis), otoczonych grubszą warstwą tkanki łącznej, która utrudnia przebicie się ropnia na zewnątrz. Wobec wielkiej ilości naczyń krwionośnych i chłonnych w tej okolicy, komunikujących się ze spatium parapharyngeum s. praestyloideum może łatwo proces ropny przejść poza obręb ściany mięśniowej (phlegmone sousangulotubaire Terracol), skąd wiodą szerokie wrota do dalszych groźnych powikłań septycznych miejscowych i ogólnych.

O ile na podstawie powyższych danych anatomicznych sprawa lokalizacji ropni okołomigdałkowych została całkowicie wyczerpana, to co się tyczy strony morfologicznej kwestja ukształtowania się wspomnianych ropni była przez długi czas jeszcze otwarta. Dopiero w ostatnich czasach zajął się nią *Canuyt* *), który przeprowadził szereg doświadczeń na zwłokach, a następnie także i na chorych, nastrzykując w poszczególnych wypadkach ropnie okołomigdałkowe lipjodolem, poczem bezpośrednio dokonywał zdjęcie rentgena całej tej okolicy w płaszczyźnie czołowej i bocznej. Cień wstrzykniętego lipjodolu przedstawiał się na zdjęciu w płaszczyźnie czołowej w formie kaptura lub czapki frygijskiej odpowiednio do kształtu górnej części sinus tonsillaris, ku dołowi cień ten wykazywał przeważnie równą linję jako dowód ściślejszego przylegania w tem miejscu torebki migdałka do bocznej ściany gardła, na zewnątrz zaś sięgał do wewnętrznej powierzchni żuchwy. Na zdjęciu bocznem układały się zarysy zewnętrzne tego cienia mniej więcej równolegle do kąta żuchwy, przyczem dolna jego krawędź wykazywała zazwyczaj nierówną, często zazębioną linję.

W 10-ciu przypadkach ropni okołomigdałkowych, które leczyłem w naszej klinice sposób nastrzykiwania lipjodolem był następujący. Igłę cienką, używaną do nakłucia lędźwiowego wkłuwałem przez przedni łuk podniebienny na 1—1.5 c. w okolicę torebki migdałka, aspirując równocześnie strzykawką możliwie całą zawartość ropnia. Następnie wstrzykiwałem ostrożnie 5—10 c.^{3} ogrzanego lipjodolu, zależnie od wielkości ropnia, poczem zaraz zostało wykonane zdjęcie roentgenowskie (prof. Mayer) w 2 zasadniczych płaszczyznach czołowej i bocznej. Wyniki tych zdjęć przedstawiają się następująco:

*) *G. Canuyt:* Les annales d'Otolaryngologie W. I. 931.

Istnieje różnica pomiędzy zachowaniem się cienia lipjodolowego ropni okołomigdałkowych przednich w początkowym okresie tworzenia się, ropni leżących wolno poza migdałkiem, usadowionym głęboko w sin. tonsillaris w odróżnieniu od wyglądu tych ropni w wypadkach zrostów migdałka z łukami względnie z boczną ścianą gardła, ograniczonych lub rozlanych. W początkowym okresie ropień okołomigdałkowy, wychodzący z okolicy górnego zachyłka migdałka, przedstawia zarysy wydłużonej kropli, wiszącej na szerokiej podstawie, zwróconej ku górnemu biegunowi migdałka. Duże ropnie leżące swobodnie w przestrzeni okołomigdałkowej, nieprzedzielonej zrostem torebki migdałka z łukiem przednim mają na zdjęciu w płaszczyźnie strzałkowej charakterystyczny kształt owalny lub gruszkowaty (p. ryc. 1). Ich krawędź dolna wykazuje równą łukowatą linję, szczyt zaś jest w jednych przypadkach zaokrąglony, w innych znów wyraźnie stożkowaty, odpowiednio do kształtu górnej części sin. tonsillaris oraz rozmieszczenia tkanki łącznej podśluzowej ponad zachyłkiem migdałkowym górnym. Zarysy tego stożka występują szczególnie wyraźnie na zdjęciu przedniotylnem, przyczem można się było przekonać, że jego podstawa sięga poniżej mięśnia podniebiennojęzykowego, odsuwając dolny przyczep tegoż mięśnia na zewnątrz. Przy większych ropniach okołomigdałkowych przednich zauważyłem prócz tego jeszcze odsunięcie bocznej ściany gardła w kierunku spatium parapharyngeum. Zrosty torebki migdałka z łukiem podniebiennojęzykowym, względnie boczną ścianą gardła, wpływają w znacznym stopniu na ukształtowanie się ropnia zewnątrzmigdałkowego, którego cień lipjodolowy bywa w tych wypadkach zazwyczaj wydłużony, tworząc ku dołowi mniej lub więcej szerokie wypustki o nierównych często zazębionych brzegach (p. rys. II-gi). Świadczy to o istnieniu zachyłków z których ropa z trudnością wydostaje się na zewnątrz, zwłaszcza gdy otwór perforacyjny samoistny lub miejsce operacyjnego otwarcia ropnia znajdują się w położeniu niekorzystnem dla swobodnego odpływu wydzieliny (cięcie Chiariego, Killiana, Grünwalda, Ruaulta). Należy więc w tych wypadkach stosować cięcie możliwie szerokie (rozszerzone cięcie Chiariego, Lemaitréa lub Lubet-Barbona), któreby zapobiegało tworzeniu się retencji i z tem związanych dalszych powikłań oraz możliwości wystąpienia nawrotów ropienia.

Co się zaś tyczy lipjodolografji ropni pozagardłowych bocznych to w przeważnej liczbie badanych przypadków spotykałem zarysy takie jak podaje ryc. III-cia. Zdjęcie to pochodzi z przypadku kobiety lat 56, K. M., która przed trzema tygodniami przebyła ostre zapale-

nie migdałków podniebiennych poczem wystąpił znaczny obrzęk gruczołów chłonnych podszczękowych ze strony prawej, bolesny na ucisk. Chora uczuwała silny ból w gardle przy połykaniu, a mowa stawała się coraz bardziej niewyraźną. Ciepłota wahała się m. 37.5^0 a 38^0 C. W tym stanie zgłosiła się do kliniki. Badanie laryngologiczne wykazało: wypuklenie bocznej ściany gardła po stronie prawej, odsuwające częściowo migdałek podniebienny prawy do wewnątrz. Łuki podniebienne gardłowy i językowy prawy, oraz migdałek po tejże stronie silnie zaczerwienione i naciekłe. W zachyłku górnym migdałka prawego stwierdza się obecność większej ilości serowatych i cuchnących czopów. Ruchomość podniebienia, migdałka i łuków podniebiennych zmian nie wykazuje. Sinus pirif. prawy oraz fałda nalewkowo-nagłośniowa pr. a częściowo także i chrząstka nalewkowa są przysłonięte przez wypukloną boczną ścianę gardła, wykazującą przy obmacywaniu wyraźne chełbotanie. W znieczuleniu miejscowem wyaspirowano strzykawką rekord 10 c^3 ropy o wyglądzie szarobrunatnawym (bakterjologicznie streptokoki), poczem niezwłocznie wstrzyknięto 8 c.^{3} 20% rozczynu jodipiny do wnętrza tegoż ropnia. Zdjęcie roentg. wykonane w płaszczyźnie occipitofrontalnej wykazało cień kształtu wydłużonego romboidu poniżej kąta żuchwy o brzegach nierównych i zazębionych p. ryc. III-a. Na zdjęciu bocznem ropień ten przedstawia zarysy bardziej regularne w postaci wydłużonego owalu na wysokości odpowiadającej 3-mu i 4-mu kręgowi szyjnemu, o krawędzi górnej lekko falistej, ku tyłowi zaś silnie zazębionej. Obraz ten nie jest znów tak charakterystyczny, by go umieszczać w tekście.

Na obu tych zdjęciach roentg. można było zauważyć wyraźne przesunięcie bocznej ściany gardła ku przodowi oraz ku stronie wewnętrznej, a więc odwrotnie jak to miało miejsce w przypadkach większych ropni okołomigdałkowych. Po nacięciu tegoż ropnia w miejscu największego wypuklenia sprawa cofnęła się szybko. Dla porównania załączam zdjęcie roentg. ropnia (ryc. IV-ta) zimnego kręgów szyjnych, który jako ropień pozagardłowy przedni wypuklał ścianę gardła w znacznym stopniu ku przodowi u mężczyzny lat 25, P. O.

Chory zgłosił się do naszej kliniki z powodu bólów i trudności przy połykaniu oraz niewyraźnej mowy. Próbne nakłucie dało ropę biało-żółtawą gęstą, dającą się z trudnością wyaspirować, bakterjologicznie jałową. Zdjęcie boczne po wstrzyknięciu 8 c^3 jodipiny dało

cień owalny silnie wydłużony (p. rys. IV-ty), odsuwający przednią ścianę gardła znacznie ku przodowi. Ku górze ropień ten rozciąga się aż do tubercul. atlantis, ku dołowi zaś odcina się względnie dość ostrą krawędzią na poziomie dolnego brzegu trzonu 3-go kręgu szyjnego. Tylna krawędź tego ropnia wykazuje liczne nierówności i uchyłkowate zagłębienia, świadczące o procesie karjetycznym, toczącym się w obrębie trzonów wspomnianych kręgów szyjnych. Leczenie polegało na aspirowaniu wydzieliny i wstrzykiwaniu 10% zawiesiny jodoformu w glicerynie do wnętrza ropnia, oraz założeniu ustalającego gorsetu gipsowego.

Jedną z rzadszych postaci ropni pozagardłowych przedstawia przypadek V-ty. Chodziło mianowicie o kobietę lat 65, A. Sz. u której ość z jesiotra utkwiła ostrym końcem skośnie w tylnej ścianie gardła dolnego mniejwięcej na wysokości połowy płyty chrząstki obrączkowej, przebijając ścianę tę na wylot. Wskutek następczego zakażenia wytworzył się w tem miejscu ropień wielkości jaja gołębiego, który powodował silny ból i trudności przy połykaniu, a nadto objawy zajęcia śródpiersia. Chorą przewieziono na 5-ty dzień po wypadku w stanie ciężkim na oddział chirurgiczny szpitala miejskiego. Badanie laryngologiczne wykazało obrzęk tylnej ściany gardła oraz obu chrząstek nalewkowych. Zdjęcie roentgenowskie w płaszczyźnie bocznej dało cień owalny, umiejscowiony poza tylną ścianą krtani na wysokości 5-go kręgu szyjnego, odpowiadający zarysom wspomnianego ropnia. W dolnej części tegoż ropnia tkwiła wspomniana ość, zgięta łukowato ku górze (rys. V). Z powodu ciężkiego stanu (c. 39^{0}, tętno około 120 n. min.) oraz niemożliwości wykonania ezofagoskopji, przystąpiłem niezwłocznie do otwarcia śródpiersia cięciem jak do esophagohypopharyngotomia ext. Po odpreparowaniu gardła dolnego w okolicy poza krtaniowej natrafiłem na ropień zewsząd otorbiony w którym tkwiła ość długości 32 mm., dająca się zresztą łatwo z tego ogniska usunąć. Następcza tamponada z założeniem drenu gumowego do wnętrza tegoż ropnia. Już nazajutrz stan chorej znacznie się poprawił, objawy zajęcia śródpiersia ustąpiły całkowicie. Mimo dłuższy czas jeszcze utrzymującego się ropienia z rany pooperacyjnej, chora opuściła szpital i powróciła do swoich zajęć zawodowych.

Wspomnieć tu również warto o obrazie roentgenowskim ciężkiego powikłania ropnia pozagardłowego bocznego, w przebiegu ropnia okołomigdałkowego przedniego, który miałem sposobność operować w grudniu ubiegłego roku. Chodziło mianowicie o mężczyznę lat 29,

W. M. z zawodu szofera, który od tygodnia skarżył się na silne bóle gardła przy połykaniu po stronie prawej. Stan chorego w dniu przyjęcia do kliniki przedstawiał się następująco: Budowa średnia, odżywienie podupadłe. Temp. 38.9° C. Tętno 96 lekko uciskalne, chwilami nierówne. Widzialne błony śluzowe z odcieniem sinawym. Wyraźny przykurcz głowy na stronę prawą. Ruchy głowy, zwłaszcza okręcanie i zginanie bolesne. Usta otwiera z trudnością z powodu szczękościsku. Po przyciśnięciu języka widać łuk przedni prawy wraz z migdałkiem silnie wysadzony do światła gardła oraz ku przodowi. Języczek w całości obrzękły jest przesunięty na stronę lewą Tylny łuk migdałka prawego naciekły w postaci wału grubości palca o wyglądzie śluzakowatym, sięgający w dół do hypopharynx. Przy obmacywaniu palcem bocznej ściany gardła od wewnątrz nie wyczuwa się chełbotania ani też tętnienia. Lekki obrzęk chrząstki nalewkowej i więzadła nalewkowo-nagłośniowego prawego. Zaczerwienienie błony śluzowej wnętrza krtani, pokrytej wydzieliną śluzowo-ropną. Obrzęk gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego, zlewających się ze sobą. Zdjęcie roentgenowskie boczne całej tej okolicy wykazało charakterystyczne dla ropnia pozagardłowego bocznego przejaśnienia, w kształcie kilku jasnych smug o nieregularnych zarysach, zlewających się ze sobą w większe plamy (p. ryc. VI-ta). Z powodu ciężkiego stanu nie wykonano wstrzyknięcia lipjodolu. Badanie krwi wykazało ilość c. b. 6.000 z przewagą limfocytów 83%, wielojądrzastych 10%, brak form młodocianych. W moczu białko i cukier ujemne. Ponieważ zgłębnikowanie haczykiem górnego zachyłka jak również najbliższej okolicy tuż poza górnym biegunem migdałka nie wykazało nawet śladu ropy a przeciwnie rozlany i twardy naciek dokoła migdałka i bocznej ściany gardła, wstrzyknięto 4 c.^{3} propidonu domięśniowo. Nazajutrz temper. 39° C. Tętno 112, dobrze napięte. Podano środki nasercowe (camfora, coramina). Mimo spadku ciepłoty 37° C, dnia następnego tętno utrzymywało się nadal przy 120-tu na minutę i było chwilami przerywane. Samopoczucie chorego gorsze, wobec czego przystąpiłem do otwarcia ropnia od zewnątrz w narkozie.

Cięcie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutk. obojczykowego dług. około 10 cm. Po przecięciu powięzi szyjnej w górnej części nieco poniżej kąta żuchwy natrafia się na tylną część ślinianki podżuchwowej, zabarwionej ciemno-wiśniowo wskutek przepojenia krwią, przyczem stwierdza się rozległe nacieczenie wszystkich tkanek, sięgające w głąb, które wykazują miejscami drobne banieczki,

wypełnione treścią ropną silnie cuchnącą. Już sam wygląd przepojonej krwią ślinianki podszczękowej nasunął mi podejrzenie że chodzi tu o przeżarcie ściany jakiegoś dużego naczynia, toteż z zachowaniem wszelkich ostrożności odpreparowałem w dolnej części rany obie tętnice dogłowowe wraz z żyłą jarzmową, biorąc je na prowizoryczną pętlę jedwabną by się przygotować na wszelką ewentualność. Istotnie więc preparując wzdłuż głębokiej powięzi szyjnej ku górze natrafiłem na skrzepy krwi ciemnej w okolicy poniżej tylnego bieguna ślinianki podszczękowej w miejscach odpowiadających przebiegowi większych naczyń żylnych.

Skrzepy te wykazywały wyraźne cuchnienie podobne do mas perlakowatych. Po ich usunięciu nastąpił silny krwotok z głębi, kt. ustał dopiero po silnem wytamponowaniu całej jamy tętniaka. W przekonaniu że chodzi o przeżarcie tętnicy dogłowowej zewnętrznej podwiązałem najpierw art. carotis externa, poczem próbowałem wyciągnąć tampon, uciskając równocześnie wspólny pień tętnicy dogłowowej. Po nieznacznem zwolnieniu tamponady zaczęła znów wypływać żywoczerwona krew jako dowód że uszkodzona została tętnica dogłowowa wewnętrzna. Toteż niezwłocznie podwiązałem wspólny pień tętnicy dogłowowej. Mimoto jednak krwawiło jeszcze z górnego odcinka rany. Dopiero po założeniu podwiązki na żyłę jarzmową i wytamponowaniu całego tętniaka ku górze aż w okolicę opuszki żyły jarzmowej krwawienie ustało definitywnie. Niebyło więc już żadnej wątpliwości że mieliśmy w tym wypadku do czynienia z przeżarciem ściany tętnicy dogłowowej wewnętrznej i żyły jarzmowej (aneurysma spurium) przez proces ropny zgorzelinowy, idący od migdałka na szyję. Badanie bakterjologiczne wykazało beztlenowce przeważnie o typie łańcuszkowców. Bezpośrednio po podwiązaniu tętnicy dogłowowej wspólnej tętno nagle się pogorszyło tak iż nie można było myśleć o podwiązaniu także jej dośrodkowego końca a z konieczności tylko poprzestać na silnej tamponadzie worka tętniaka. Stan zapadowy, który wystąpił pod koniec zabiegu dał się szybko zlikwidować przez wstrzyknięcie dożylne coraminy, lobelliny i digipuratu oraz infuzję podskórną fizjologicznego rozczynu NaCl. Tętno znacznie się poprawiło, ilość uderzeń wynosiła 120 min., napięcie dobre, a chory przez cały czas był przytomny. Nazajutrz t. j. po 20-tu godzinach od chwili podwiązania wystąpił nagle silny krwotok od strony bocznej ściany gardła przez otwór wielkości około 20 to groszówki, umiejscowiony poza górnym biegunem migdałka, a powstały wskutek częściowej nekrozy bocznej ściany gardła. Krwo-



Rys. 1. Kobieta l. 31 A. K. absc. peritonsill. anter. Zdjęcie boczne.



Rys. 2. Mężczyzna l. 29 A. W. absc. peritons dxtr. Zdjęcie boczne.



Rys. 3. Kobieta l. 56 K. M. absc. retrolatero-pharyng. dxtr. Zdjęcie occopito-front.



Rys. 4. Mężczyzna l. 25 P. O. absces retropharyng. anter (frigidus) zdjęcie boczne.



Rys. 5. Kobieta l. 65 A. Sz. absc. retrohypopharyng p. corp. alien
o — ość tkwiąca w tylnej ścianie gardła—zdjęcie boczne.



Ryc. 6. Mężczyzna l. 29 M. W. Phlegmona retrolateropharyng. septica, zdjęcie w płaszczyźnie bocznej.

tok ten nie dał się niczem zatamować i był przyczyną zejścia śmiertelnego. Nekroskopji z powodu stanowczego sprzeciwu rodziny nie wykonano. Było to więc krwawienie następowe z dośrodkowego niepodwiązanego odcinka tętnicy dogłowowej wewnętrznej do worka tętniaka, które zdarza się w przypadkach podwiązania tętnicy dogłowowej wspólnej i jest zależne od podwyższenia się ciśnienia krwi.

Takie przypadki krwotoku wstecznego z tętnic podstawy mózgu, względnie też bocznic przeciwległej połowy gardła, opisywali *Pitt*, *Stumpf*, *Duke*, *Uffenorde* i *Szercer*, którzy zwrócili uwagę na ważność obszycia tylnej ściany gardła w linji środkowej w celu przerwania połączeń naczyniowych, obok podwiązania górnego (obwodowego) końca tętnicy dogłowowej wewnętrznej o ile nato tylko pozwala stan chorego. Powyższy przypadek nastręczał poważne trudności rozpoznawcze. W przeciwieństwie bowiem do przypadków o bardziej przewlekającym się przebiegu, które zwolna posuwają się w głąb spatium retropharyngeum, proces ropny przeszedł tu stosunkowo dość szybko poza obręb ściany bocznej gardła, dając naciek gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych, jak to się często spotyka w przebiegu ciężkiej płonicy. Do tego jeszcze ciężkie objawy septyczne wogóle, połączone z osłabieniem mięśnia sercowego, twardy naciek okolicy migdałka prawego i bocznej ściany gardła bez skłonności do tworzenia się ograniczonego ropnia, przykurcz mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, jako następstwo przejścia procesu zapalnego z okolicznych gruczołów chłonnych, signum mali ominis, wskazujący na złośliwą infekcję, posuwającą się szybko w głąb szyi. Zdjęcie roentgenowskie było w tym przypadku cennym przyczynkiem do rozpoznania i umiejscowienia procesu ropnego, decydującym o wyborze zabiegu operacyjnego.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z kliniki otolaryngologicznej U. P.

Trzy przypadki rynolitów jamy nosowej.

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Jakkolwiek piśmiennictwo dotyczące kamicy nosowej jest już dziś dość znaczne, mimo to jednak opisy przypadków rzadszych tego schorzenia stanowić będą nadal cenny materjał kazuistyczny, a to ze względu na wielkość, ciężar i kształt tych kamieni, sposób ich powstawania, długość czasu zalegania, jak również na ich umiejscowienie oraz powikłania związane z ich obecnością w jamie nosowej. Co się tyczy powstawania kamieni nosowych, to znaną jest rzeczą że sole mineralne, a mianowicie fosforan, węglan i szczawian. Ca, Mgn., zawarte w wydzielinie gruczołów śluzowych nosa i gruczołu łzowego odkładają się często dookoła ciał obcych wprowadzonych do jamy nosowej lub, jak niektórzy twierdzą, t. zw. „jąder", złożonych ze skrzepów krwi, grudek śluzu, bakterji (*Chassac*, *Galippe*, *Klebs*) i t. p. Z ciał obcych, tworzących jądro rynolita spotyka się najczęściej pestki z jagód lub owoców, ziarna słonecznika, spotykane tak często w Rosji, Rumunji i Bułgarji, które dzieci wkładają sobie do otworów nosowych. Wśród pracowników pewnych zawodów, jak np u robotników zajętych w kopalniach soli, węgla, fabrykach betonu i t p. zauważyli *Ernest Winkler*, *Betz Arens*, *Kayser* i *Jurasz*, tworzenie się konkrementów wapniowych w obrębie przedsionka nosa wzgl. muszli środkowej i początku przewodu środkowego. W tych to miejscach spotyka się rynolity bardzo rzadko. Jako moment, ułatwiający uwięźnięcie ciał obcych w jamie nosowej, należy podnieść wrodzoną wąskość jamy nosowej, znaczne skrzywienie przegrody (spina, deviatio) a wreszcie do powstawania rynolitów przyczynia się w znacznej mierze nadmierna wydzielina, obfitująca w składniki mineralne jako następstwo drażnienia śluzówki przez ciało obce. *O. Seifert*, *Trautmann*, *Demarquay*, *Chiari* i *Seligmann* zwrócili uwagę na powierzchowne i głębiej drążące owrzodzenia muszli nosowych (dolnej, rzadziej środkowej) względnie dna nosa, prowadzące do nekrozy, ubytków w przegrodzie nosa, ropni przegrody, a niekiedy też do zapaleń jamy górnoszczękowej Większe rynolity spotyka się stosunkowo rzadziej. Ich kształt bywa różny począwszy od spłaszczonych prostokątnych

blaszek do tworów zaokrąglonych, wykazujących częstokroć liczne nieregularne i zazębione odnogi.

Rzadsze pod względem wielkości i ciężaru rynolity opisywali: *F. Richard*,—przypadek kamienia nosowego o wymiarach 3.75 × 5 × 2.5 cm., powstały dokoła skrzepów krwi w lewej połowie nosa, powodujący nekrozę uciskową śluzówki aż do kości. *Botev*—rynolit wagi 110 g., który usunięto operacyjnie sposobem Denkera. *G. Trautmann* i *Arslan* przytaczają przypadek dużego rynolita, wielkości małego jaja kurzego, który wypełniał całą lewą połowę nosa i sięgał częściowo w obręb jamy górnoszczękowej lewej. Podobnie w przypadku *Loebella* duży rynolit wywołał uzurę w bocznej ścianie kostnej nosa i długotrwałe ropienie jamy górnoszczękowej prawej. W przypadku zaś *Noltego* oprócz rozległej nekrozy ściany bocznej nosa powstał na skutek ucisku dużego rynolita, wypełniającego całą lewą połowę nosa ubytek podniebienia twardego przez który rynolit ten częściowo usunięto. W naszem piśmiennictwie opisywali rzadsze przypadki rynolitów jamy nosowej: *Jurasz, Szmurło* i *Dobrowolski.*

Objawy zalegania rynolita w jamie nosowej zaznaczają się w pierwszym rzędzie mniej lub więcej wyraźną niedrożnością nosa po danej stronie, ropnym cuchnącym wyciekiem, który spływając przez nozdrza powoduje wyprysk przewlekły dookoła otworów nosowych oraz liczne pęknięcia skóry w tych miejscach. Następnie chorzy tacy skarżą się na brak węchu, względnie uczucie wstrętnego zapachu (cacosmia) oraz na częste krwawienia z nosa po danej stronie. *Schmiegelow* zauważył silniejsze pocenie się skóry twarzy po stronie zalegania rynolita, *Bowill* zaś obrzęk danej połowy twarzy, niedowład nerwu twarzowego i rozszerzenie źrenic. U dzieci spotykamy częściej napady drgawek pochodzenia odruchowego, szumy w uszach i zadyszki (*Monnie*). *Bilancioni* opisał napady nieżytu naczynioruchowego (crises vasomotorius) obok silnych bólów we wszystkich 3-ch gałązkach nerwu trójdzielnego w przypadkach rynolita, zalegającego przez 40 lat w nosie u starszego osobnika. Niezwykle ciężki przypadek powikłania miejscowego w następstwie zalegania rynolita przez dłuższy czas w nosie opisali dwaj autorzy hiszpańscy: *Gregoire Presencia* i *Bosch Melay* u osobnika lat 51. Osobnik ten cierpiał od przeszło 18-tu lat na cuchnący wyciek ropny z nosa, połączony z obfitemi okresowo występującemi krwotokami. Badanie rynologiczne wykazało rozległe owrzodzenia w prawej połowie nosa z tworzeniem się obfitej ziarniny, przypominającej na pierwszy rzut oka bujanie nowotworowe. Po usunięciu tej ziarniny natrafiono na duży rynolit wagi 85 g., który usunięto operacyjnie sposobem Denkera.

W rozpoznaniu różniczkowem rozrosty polipowate przedniego końca muszli dolnej, połączone z niedrożnością danej połowy nosa, wydzieliną śluzowo-ropną mogą na pierwszy rzut oka budzić podejrzenie w kierunku zajęcia jam bocznych nosa lub nowotworów, wychodzących z jamy nosowej. Dopiero badanie zgłębnikiem po znieczuleniu kokainą z adrenaliną naprowadza nas na obecność ciała obcego o chropowatej powierzchni w odróżnieniu od również twardego w dotyku kostniaka, czy kostniako — mięsaka.

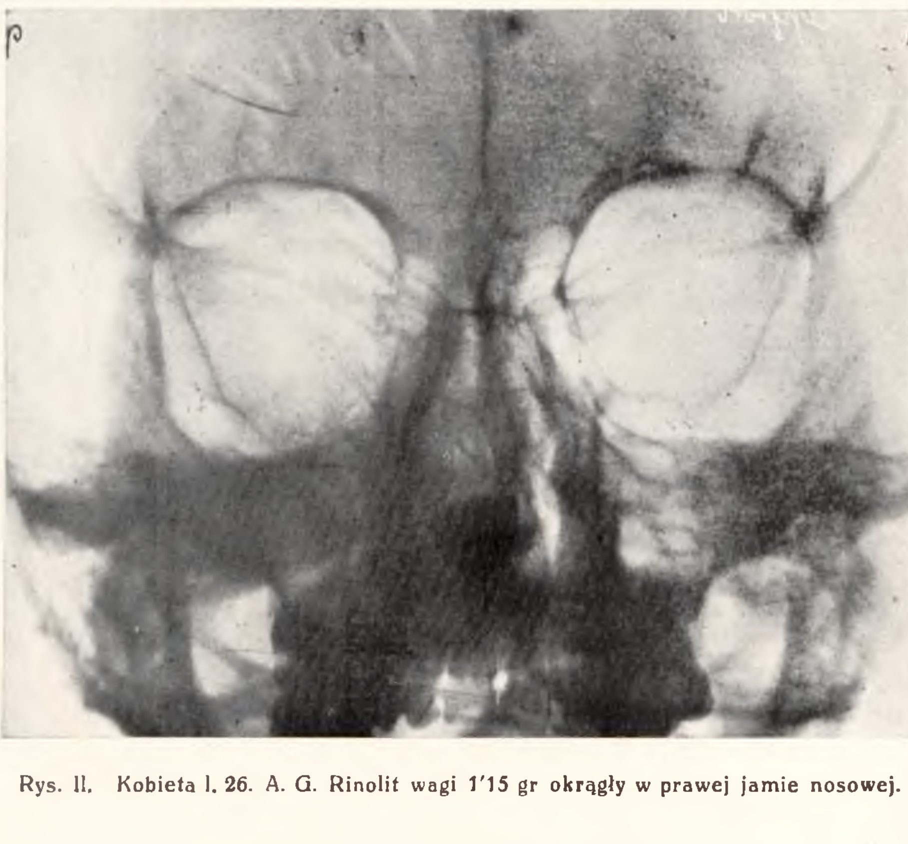
Z trzech przypadków rynolitów jamy nosowej, które miałem sposobność obserwować w naszej klinice, chodziło w pierwszym o mężczyznę lat 30 *M. S.*, który zgłosił się do mnie prywatnie w r. 1925-ym ze skargą na śluzoworopny cuchnący wyciek z prawej połowy nosa oraz na częste okresowo występujące krwawienia po tejże stronie. Wskutek zatkania nosa chory zmuszony był stale oddychać ustami, przyczem cierpiał też na tępe bóle głowy w okolicy czoła. Przy rynoskopji przedniej występuje polipowato rozrosły przedni koniec muszli dolnej oraz liczne strupy zachłej wydzieliny ropnej na przegrodzie i w przedsionku nosa, będącej przyczyną cuchnienia, spotykanego przy martwiakach kiłowych w nosie. Przechylenie przednie połowy przegrody nosowej w prawo.

Badanie sondą stwierdza obecność ciała obcego usadowionego w dolnym przewodzie, zakrytego częściowo przez ów polipowato rozrosły przedni koniec muszli dolnej prawej. Po znieczuleniu kokainą z adrenaliną można wykazać zgłębnikiem wielkość tego ciała obcego, które ze względu na jego konsystencję, nierówną chropawą powierzchnię, kształt (liczne wypustki, sięgające w obrąb muszli dolnej i dna nosa, upośledzające częściowo jego ruchomość) i umiejscowienie, należy zakwalifikować jako rynolit. Zdjęcie rontgenologiczne potwierdziło to rozpoznanie w zupełności. W znieczuleniu miejscowem 10% rozczynem kokainy z adrenaliną usunięto wprzód polipowato zmienioną część muszli dolnej poczem uchwycono rynolit silnemi kleszczykami zębatemi Hofmanna i po przepołowieniu go na 2 części wydobyto z łatwością na zewnątrz. Większa część tego kamienia nosowego zawierała pestkę od wiśni która stanowiła zarazem jądro rynolita. Po sklejeniu obu tych połów twór ten przedstawia się w zarysach, które oddaje dokładnie rycina I-sza. Wymiary tego kamienia wynoszą: długość 2.2 cm., szer. 1.8 cm., ciężar 2.5 g. Rozbiór chemiczny wykazał jako główny składnik fosforan i węglan Ca. Jama nosowa po dokonanym zabiegu goiła się prawidłowo.

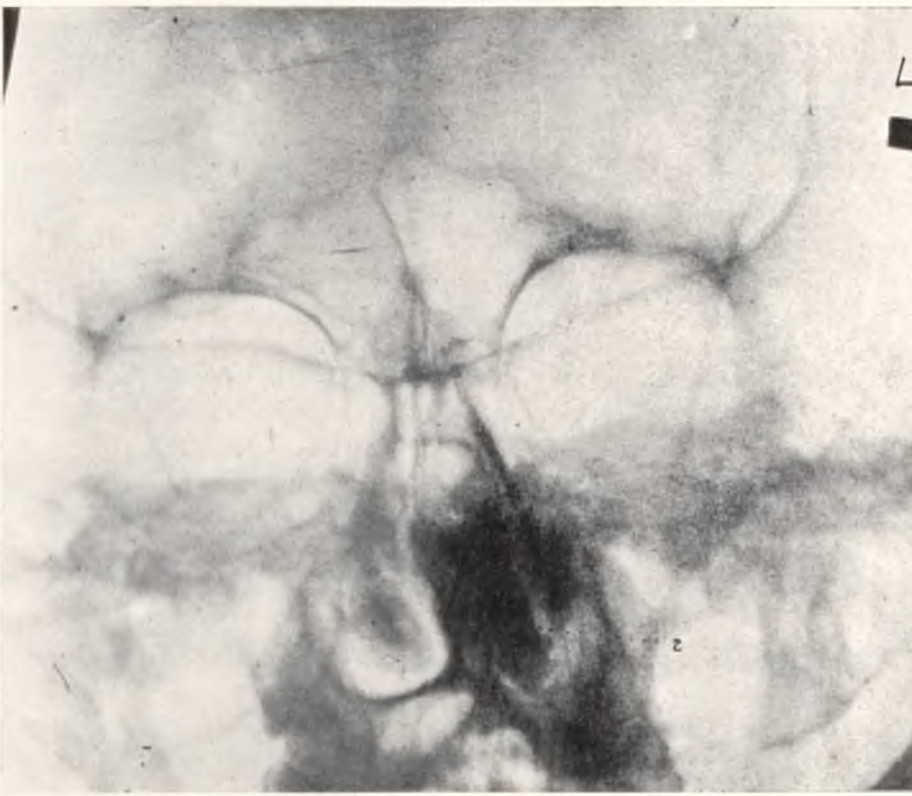
Drugi przypadek dotyczył kobiety l. 26 *A. G.*, której główne



Rys. I. Rinolit wielkości 22 mm × 18 mm × 10 mm (mężczyzna l. 30 M. S.). p pestka od wiśni.



Rys. II. Kobieta l. 26. A. G. Rinolit wagi 1'15 gr okrągły w prawej jamie nosowej.



Rys. III. Dziewczyna l. 21. J. W. Rinolit r wielkości 35 mm × 15 mm × 2 mm zalegający w lewej jamie nosowej.

dolegliwości t. j. wypływ śluzowo-ropny z prawej połowy nosa, częste bóle głowy oraz nieżyty gardła i krtani skłoniły do szukania pomocy u specjalistów. Badanie w dniu zgłoszenia się do naszej kliniki wykazało rozrost polipowaty przedniego odcinka muszli dolnej prawej, wydzielina śluzowo-ropna w obu przewodach nosowych, przy rynoscopji tylnej dostrzegalna również w przewodzie dolnym i środkowym. Po stronie lewej nieznaczne zgrubienie muszli dolnej. Badanie zgłębnikiem po zakokainowaniu wyczuwa obecność ciała twardego o nierównej powierzchni, częściowo ruchomego w połowie przewodu dolnego prawego. Zdjęcie roentgen. fronto-occipit. (p. Rys. II-gi) wykazało że ma się do czynienia w tem miejscu z konkrementem (rynolitem), wielkości małej wiśni, którego ciężar wynosił 1.15 g. W środku pestka (od wiśni) będąca zarazem jego jądrem. Zmiany odleżynowe na śluzówce w miejscu zalegania rynolita ustąpiły szybko pod wpływem leczenia miejscowego.

Przypadek 3-ci jest ze względu na wielkość i umiejscowienie rynolita dość rzadki. Chodziło tu mianowicie o dziewczynę *J. W. l. 21*, która zgłosiła się do naszej kliniki ze skargą na niemożność oddychania nosem oraz wyciek śluzowo-ropny z nosa, trwający od dzieciństwa. Bóle, drapanie w gardle i chrypka, a nadto okresowo występujące bóle w lewej połowie twarzy i czoła zmusiły chorą do zgłoszenia się do naszej kliniki. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: wypływ śluzowo-ropny z lewej połowy nosa, liczne strupy zaschłej wydzieliny w przedsionku lewym. Z powodu skrzywienia znacznego stopnia przegrody chrzęstnej w lewo szczegółów przy zwykłem badaniu rynoskopowem dostrzec nie można, dopiero po zakokainowaniu przedniej części nosa i włożeniu średniego wziernika Killiana widać ciało obce twarde o powierzchni chropowatej, ułożone skośnie w jamie nosowej, równolegle do przegrody, którego krawędź górna sięgała poza obręb przedniego końca muszli środkowej, dolna zaś tkwiła jakgdyby w wyżłobieniu dna nosa (p. zdjęcie roentgen. Rys. III). Krawędź przednia rynolita była częściwo zakryta przez ziarninę, wybujałą od ściany bocznej oraz przegrody nosa. Po wycięciu tej ziarniny udało się przepołowić ten konkrement kleszczykami Hofmanna i zsunąć bez żadnych trudności na zewnątrz. Krwotok nieznaczny ustał pod uciskiem tamponu, który następnego dnia zmieniono na cienki tampon z maścią borową, pod wpływem której zmiany odleżynowe szybko się goiły. Wielkość tego rynolita przedstawiała się następująco: Długość 35 mm., szer. 15 mm., grubość 2 mm. W składzie chemicznym przeważały fosforany i węglany Ca i Mg., ślady szczawianów Ca.

Po usunięciu rynolita można było wyczuć zgłębnikiem w miejscach odleżynowych t. j. w przedniej części dna nosa oraz na przegrodzie na przeciwko muszli środkowej obnażoną kość. Miejsca te szybko pokryły się ziarniną pod wpływem leczenia miejscowego. Po upływie 4-ch tygodni wykonano podśluzowe wycięcie przegrody chrzęstnej nosa.

Piśmiennictwo:

1) J. Szmurło: Choroby nosa i jamy nosowogardłowej. 2) Jurasz: O rynolitach jamy nosowej. Tygodnik lekarski 1913 r. 3) A. Jounovsky: Des. rhinolithes: Aunales d'oto-laryngologie W. Z. 931. 4) Botey: Un cas de rhino-itche: Areli-latinos di chinootologja 905 5) Gregorio Presencia cł. Bossel Melay: Un cas de rhinolithe géant. Annal de malodies de l'oreille 906 w. 1. 6) Greit: Présentation d'un rhinolithe. (Arch. international de laryngol 927. 7) V. Fotiade: Presentation d'unw rinolitaje (Arch. internat de laryngol 927: 8) E. Bilancioni: Atti di chirica otolaryngol. D. R. univ. di Roma aun. 929. 9) E. Bilancioni: Manuale di otorhinolaringoiatria Vol. I. 10) Eseał-Laval. khinite atrophique par rhinolites et corps etraagers... Otorhinolariongol. siuteru. T. 10/10 927.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25 tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego
Dyrektor Prof. Dr *F. Erbrich.*

Przypadek naczyniaka jamistego ucha zewnętrznego.

Podał Dr. HENRYK LEWENFISZ (st. asystent Kliniki).

Naczyniaki krwionośne usadawiają się przeważnie na skórze oraz na śluzówkach (nos, jama ustna, gardło, krtań).

Głowa zdaje się być ulubionem ich siedliskiem, przyczem uprzywilejowanemi miejscami są uszy, nasada nosa, wargi i okolica oczu.

Naczyniaki ucha zewnętrznego występują bądź pod postacią zwykłych (Angioma simplex), bądź też jako naczyniaki jamiste (Angioma cavernosum).

Często jedna postać przekształca się w drugą, jak to miało miejsce w przypadku Bogemanna, gdzie z małego zwykłego naczyniaka wytworzył się wielki naczyniak jamisty, przekraczający sześciokrotnie rozmiary zwykłej małżowiny usznej.

Naczyniaki ucha są przeważnie małe, osiągając jednak czasem duże rozmiary, szerzyć się mogą z muszli usznej poprzez przewód słuchowy zewnętrzny aż na błonę bębenkową.

Pewnych samoistnych naczyniaków błony bębenkowej dotychczas nie spostrzegano.

Przypomnę, że naczyniaki, aczkolwiek włączone do grupy dobrotliwych nowotworów, przedstawiają często duże niebezpieczeństwo dla życia przez skłonność do obfitych krwawień.

To też niektórzy autorzy łączą powstawanie naczyniaków z pewnego rodzaju krwawiączką (*Chiari*, *Rendu*, *Besnier*).

Przypadki Ulmanna były celowo w tym kierunku przez *Türcka* badane, z wynikiem jednak ujemnym: poza nieznacznie zmniejszoną ilością płytek, krew uchwytnych zmian chorobowych nie zdradzała.

Badania francuskiego hematologa *Paule Emile-Weil'a* nad naczyniakami wykazują trzy charakterystyczne dla tego cierpienia anomalje krwi: łamliwość naczyń włosowatych, wydłużenie czasu krzepliwości oraz krwawienia.

Według innych znów autorów krew chorych z naczyniakami nie wykazuje żadnych odchyleń od normy.

Najłatwiej tłomaczyć się zdaje skłonność naczyniaków do krwawień ich budowa, przedstawiająca konglomerat naczyń krwionośnych. Szczegółowy opis obrazu drobnowidowego podałem w poprzednim artykule, omawiającym naczyniaki krtani. Leczenie ogólne naczyniaków w formie podawania preparatów wapniowych, zastrzykiwania surowicy końskiej i t. p. nie daje pożądanych wyników. Ani jedno, ani drugie nie wpływa na ustępowanie lub nawet zmniejszenie guza.

Leczenie chirurgiczne naczyniaków jest przeważnie uniemożliwione przez obfite krwawienie, towarzyszące każdemu zabiegowi. Doskonałe natomiast rezultaty osiągamy przez zastosowanie diatermo-koagulacji, co bardzo efektownie przedstawia się w następującym przypadku: 16 letni Ch. M., uczeń stolarski, zgłasza się do kliniki 26 września 1931 r. z powodu krwotoku z ucha, wywołanego urazem podczas pracy zawodowej. Chory jakoby przed trzema miesiącami zauważył, że ucho lewe jest znacznie większe od prawego, że zjawiło się wygórowanie na tylnej powierzchni muszli usznej, stopniowo rozrastające się. Jednocześnie wystąpiły niepokojące sensacje pod postacią tętnienia w głowie, szumu w uszach.

Badanie ucha zewnętrznego wykazuje powiększoną znacznie, prawie 3—4 krotnie muszlę (macrotia), koloru ciemno-czerwonego, sinego. Tylna powierzchnia ucha bardzo wygórowana, tak iż muszla

w całości odepchnięta od głowy i prawie prostopadle do niej ustawiona. Wygórowana powierzchnia nierówna, guzowata, pokryta nadmiernie scieńczałą skórą, poprzez którą przeświecają przestrzenie wypełnione ciemno - czerwoną płynną zawartością, opróżniające się przy ucisku. Muszla uszna wyraźnie tętni, synchronicznie z tętnem naczyń szyjnych.

Rozpoznaliśmy zatem guz muszli usznej, dla wymienionych powyżej jego cech—naczyniak jamisty.

W jednem miejscu ciągłość cienkiej skóry nad naczyniakiem została przerwana, z obnażonego miejsca krew tryska pod bardzo dużem ciśnieniem, tak iż nawet energiczne tamponowanie nie odnosi skutku. Uciekliśmy się więc natychmiast do diatermo - koagulacji.

Nieustanne jednak obfite krwawienie uniemożliwiało dokonywanie jakiegokolwiek zabiegu.

Dopiero podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej po stronie lewej przerywa krwawienie, poczem muszla uszna, zwłaszcza tylna guzowata powierzchnia nieco blednie, miejscami szarzeje, tętnienie jej ustępuje.

Następnego dnia rozpoczęliśmy diatermo-koagulację wkłuwając w kilku miejscach cienką igłę elektrody wgłąb naczyniaka na przeciąg 5-iu sekund.

Już po pierwszym zabiegu objętość guza ulega wyraźnemu zmniejszeniu, jednocześnie barwa jego sina staje się mniej intensywna.

Duże rozmiary guza wymagały powtórzenia zabiegu do kilkunastu razy, każdorazowo z wyraźnemi skutkami, tak iż po 10 - ym zabiegu ucho lewe już tylko nieznacznie jest większe od prawego, barwa jego nie różni się od otaczającej skóry, wygórowanie zaś tylnej powierzchni zostawia tylko ślad w postaci zgrubienia naskórka.

Ucho z płaszczyzny prostopadłej do głowy przemieszcza się do płaszczyzny ustawionej pod kątem 35^0. Jednocześnie ustępują przykre objawy podmiotowe, jak szum w uszach, tętnienie w głowie.

Osiągnęliśmy więc w przypadku tym zapomocą diatermo-koagulacji zupełne cofnięcie się kolosalnych rozmiarów naczyniaka, wystawiającego chorego na dużą utratę krwi już przy najmniejszym urazie, przedstawiającego zatem mimo swego dobrotliwego charakteru duże niebezpieczeństwo.

Dodać należy, że diatermo-koagulacji ani razu nie towarzyszyło nawet minimalne krwawienie—podnosi to jeszcze bardziej jej wartość leczniczą w zastosowaniu do naczyniaków.



Rys. 1. Przed leczeniem.



Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Dr. LEOPOLD LUBLINER.

Paracenteza.

Błona bębenkowa, dzieląca ucho zewnętrzne od środkowego, składa się z 3 warstw: stratum cutaneum, stratum fibrosum i stratum mucosum. Ma ona postać eliptyczną, lub owalną, wymiar jej podłużny u człowieka dorosłego wynosi 9 — 10 mm., poprzeczny 8 — 9 mm. Ustawiona skośnie w części górnej, tworzy ze ścianą górną przewodu kąt o rozwartości 140 stopni, w dolnej zaś 27 stopni. W życiu zarodkowem błona bębenkowa leży bardziej poziomo, u noworodków mało się różni od ostatecznej postaci.

Dzielimy błonę bębenkową na kwadranty: przednio-górny, przednio - dolny, tylno - górny i tylno - dolny.

Wskazania do przekłucia, rsp. do rozcięcia błony bębenkowej są tylko dwa: 1) w ostrem, surowiczo wysiękowem zapaleniu ucha środkowego, 2) w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego.

W pierwszej grupie zapaleń, jeżeli wszystkie stosowane środki, t. j. leczenie ogólne i miejscowe, zawodzą, w razie nie poprawiania się słuchu i obecności płynu w jamie bębenkowej, należy przeciąć błonę bębenkową.

W drugiej grupie zapaleń należy usunąć przez dokonanie przecięcia błony bębenkowej zawartość ropną, choć pewna liczba specjalistów i wielka liczba internistów, uważa, że lepiej zostawić naturze ewakuowanie ropnej zawartości przez samoistne pęknięcie błony bębenkowej. Wychodzą oni z tej zasady, że przecinanie błony bębenkowej, bardzo często nie usuwa możliwości wystąpienia powikłań ze strony wyrostka sutkowego, a nawet i powikłań wewnątrz-czaszkowych.

Spostrzeżenia kliniczne nieraz potwierdzają słuszność tego ostatniego poglądu, gdyż powikłania po paracentezach wcale nie tak rzadko się zdarzają.

Profesor *K. Amersbach*, w pracy swej p. t. „Parazentese und Totalausränmung des Mittelohres in der Tradition der Zaufal - Piffelschen Klinik“ (Med. Kl. N. 10 1928) cytuje fakt, że na klinice Zaufal'a dokonano paracentezy tylko raz jeden na 500—800 chorych, podczas gdy inne kliniki wykazują jedną paracentezę na 6 chorych.

Amersbach w swym wykładzie inauguracyjnym, cytowanym po-

wyżej, w myśl tradycji tej kliniki i w zestawieniu z własnem długoletniem doświadczeniem, obiecuje kontynuować te zasady postępowania. Według znanego badacza francuskiego *Laurens'a*, przeciwskazaniem do paracentezy są następujące stany: 1) unikać należy paracentezy w początkowym stadjum ostrego *grypowego* zapalenia ucha środkowego z wysiękami surowiczemi, lub krwawemi w przewodzie lub też w błonie bębenkowej i czekać aż do wystąpienia objawów ropnego zapalenia, 2) w sprawach otosklerotycznych ucha środkowego.

Natomiast u dzieci należy wcześnie przecinać błonę bębenkową dla uniknięcia powikłań ze strony wyrostka sutkowego, a zwłaszcza w przebiegu odry i szkarlatyny, z powikłaniami ze strony ucha środkowego.

Jak się przedstawia sprawa paracentezowania u nas?

Dać na to pytanie odpowiedź można tylko po uprzedniem zebraniu danych zapomocą ankiety, rozesłanej do wszystkich kolegów i po otrzymaniu odnośnych odpowiedzi.

Osobiście zaś mam możność w ogólnych zarysach podzielić się temi faktami, które, po wielu latach, na własnym materjale, spostrzegałem. A że na oddział mój dostają się chorzy, po największej części, już uprzednio leczeni przez kolegów z całej Polski, to też spostrzeżenia moje, oparte są na doświadczeniu znacznej ilości specjalistów.

Wspominam tu więc tylko przypadki ostre, które wskutek powikłań dostały się na oddział. Otóż u znacznej większości chorych paracenteza była dokonana, a jednak, wskutek tego zabiegu nie uniknęli oni dalszych mniej lub więcej ciężkich powikłań, które wymagały interwencji na wyrostku (antrotomja, trepanacja processus mastoidei) i które dały jeszcze cięższe powikłania, jako to: septicemja, pyemja, trombo-phlebitis, meningitis i abscessus cerebri. Rozumie się, że wszystkie powikłania, od najlżejszych do najcięższych zapaleń ucha środkowego, nie należy kłaść na karb uprzednio dokonanej paracentezy. Daleki jestem od zasady: post hoc ergo propter hoc. Są jednak przypadki, co do których możemy rzec, że i bez dokonania przekłucia bębenka, sprawa zapalna kończy się pomyślnie. Zbytnia pochopność w dokonaniu przecięcia błony bębenkowej, jak i zbytnia wstrzemięźliwość, może być szkodliwa dla chorego.

Mamy w swoich spostrzeżeniach niejednokrotnie do czynienia z chorym i z otoczeniem, które w żaden sposób nie zgadza się na przekłucie błony bębenkowej i niezmiernie często, nie bacząc na wskazania do paracentezy, chory zdrowieje bez paracentezy.

W każdym razie, przyznać trzeba, że paracenteza, dokonana ściśle według zasad chirurgicznych, lege artis, szkody przynieść nie może.

Wypada mi jeszcze wspomnieć o jednem ciężkim powikłaniu, które może fatalnie się skończyć, lecz które, na szczęście, rzadko występuje, a m. zdarzyć się może, że opuszka żyły jarzmowej, wskutek nieprawidłowego przebiegu, znajduje się u dolnego bieguna błony bębenkowej i zostaje zraniona przy wykonaniu przekłucia.

Jeden taki przypadek spostrzegałem na oddziale moim i pozwolę sobie w krótkości podać tu jego przebieg. Dotyczy 25-letniej robotnicy K. P. z Grodna. 13.III 1928 roku zachorowała na prawe ucho. Po 2 dniach udała się do specjalisty w Grodnie, który dokonał paracentezy. Wkrótce po zabiegu, wystąpił silny krwotok z ucha, który przez tamponadę został po 2 godzinach zatamowany. Wślad za tem wystąpiły bardzo silne bóle głowy i gardła, a po 2 dniach bardzo silne bóle w kończynach górnych i dolnych. Dnia 19.III została przywieziona na oddział. Do objawów dotychczasowych, przyłączyły się bardzo silne bóle w oku prawem. Wezwany kolega *Zamenhof*, okulista, rozpoznał iridocyclitis metastatica. Bolesność przy ucisku na wyrostek i ku dołowi, w okolicy żyły jarzmowej, wysadzenie gałki ocznej prawej, nastrzyknięcie naczyń oka prawego, oraz zmętnienie prawej rogówki. Bolesność obu rąk i nóg, oraz bolesność i duży obrzęk prawego kolana. Rozpoznanie septico-pyaemia acutissima e mastoiditide et otitide, trombophlebitis sinus cavernosi dextri. Krwawienie z jamy bębenkowej wciąż trwało. Dokonałem antrotomji, usunięcia rozrzedzonego wyrostka, obnażenia na dużej przestrzeni zatoki esowatej i poprzecznej, zawierającej krew o wyglądzie posokowatym, Przy ciężkich objawach septico—pyemji chora tego samego dnia zmarła.

W przypadku tym, nietrudno przebieg cierpienia podciągnąć do niezmiernie rzadkich krwotoków po paracentezie, z następczem zakażeniem i przerzutami natury pyemicznej (gałka oczna, prawe kolano).

Odczyt niniejszy wygłoszony był w Polskiem Towarzystwie Oto-laryngologicznem, w dniu 26.IV 1928 i wywołał ożywioną dyskusję, z którą czytelnik może zapoznać się ze sprawozdań P. T. O. R L.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z oddziału laryngologicznego Szpitala Starozakonnych w Łodzi
(Ordyn. D-r Med. *D. Rabinowicz).*

Z kazuistyki pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego pochodzenia nosowego.

Podał D-r Med. S. MAŁOWIST.

O wpływie schorzeń nosa, a zwłaszcza jego zatok bocznych na nerw wzrokowy nagromadziła się w ciągu ostatnich kilku lat bardzo bogata literatura. Zrozumiałem jest zresztą, że istnieć musi związek przyczynowy między zatokami bocznemi nosa i oczodołem, chociażby ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo tych dwu narządów, na cienkość dzielących ich ścianek i na bogate połączenia krwionośne i nerwowe. Najmniej wyjaśnionym, ale mimo to bezsprzecznym jest wpływ zapaleń zatok bocznych nosa na nerw wzrokowy, a mianowicie na powstawanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Kolosalny materjał kliniczny neuritis retrobulbaris, wykazał niezbicie, że stan zapalny komórek sitowych, szczególnie przerost i zgrubienie błony śluzowej może wywołać to schorzenie nerwu; a wyskrobanie komórek sitowych lub powrót ich do stanu normalnego doprowadza również i wzrok do normy bez zastosowania jakiegokolwiek innego leczenia. Szczególnie *Meller* wraz z laryngologiem *O. Hirschem* zebrali w tej dziedzinie kilkadziesiąt przypadków, również okulista *Siegrist*, *Pichler*, *Sommer*, *Forschner*, a w literaturze naszej *Szmurło* i *Laskiewicz* opracowali nader wyczerpująco wpływ zatok bocznych nosa na powikłania ze strony nerwu wzrokowego. We wszystkich tych pracach czołowe miejsce zajmują zatoki sitowe nosa. *Spiegel*, jak również i *Szmurło* przypuszczają, że i zatoka klinowa przyczynia się do wywołania neuritis retrobulbaris. Powstawanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego i droga szerzenia się tego powikłania z zatok sitowych tłumaczone jest — podług stanu obecnego naszej wiedzy—zaczopowaniem naczyń żylnych w zatokach sitowych i w następstwie utrudnieniem odpływu krwi z naczyń pochewki nerwu wzrokowego, wywołuje to gorsze odżywianie i ucisk włókien nerwowych, — stąd neuritis retrobulbaris ewentualnie nawet tarcza zastoinowa. Przypadek, który obecnie podaję, zasługuje na uwagę

z tego względu, że jedynym momentem etiologicznym pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego było schorzenie przewlekłe zatoki szczękowej. Historja choroby przedstawia się następująco:

Pani St. N., tkaczka, lat 44, operowana przeze mnie przed 2 laty z powodu przewlekłego ropnego zapalenia lewej zatoki szczękowej; operacja p. Caldwell-Luc'a; po 15 miesiącach ponownie bóle głowy po stronie lewej i powolne lecz stale postępujące upośledzenie wzroku na oko lewe. W nosie śluzówka o charakterze zanikowym, pojedyńcze strupki, ropy brak; kilkakrotne płókania zoperowanej zatoki szczękowej wykazują skąpe śluzowe pasemka; ropy brak. Ze strony innych zatok nosa — brak objawów. Zdjęcie roentgenowskie wykazuje intensywne zaciemnienie lewej zatoki szczękowej. Badanie oczu (D-r J. Goldberg) wykazało: oko prawe bez zmian v-6/6; oko lewe: gałka blada, słabsza reakcja źrenicy; dno dobrze widoczne, zmian niema. V. oculi sin — ledwo widzi ruch ręki; pole widzenia koncentrycznie zupełnie zwężone prawie do samego środka. Wobec tego zdecydowałem się na ponowną operację zatoki szczękowej. Przy operacji stwierdziłem: zatoka zupełnie wolna od ropy, ściany zatoki, szczególnie górna, wysłane zgrubiałą, twardą, polipowato zwyrodniałą do ścian śluzówką, mocno przylegającą śluzówkę dokładnie oddzielono i wyskrobano; wyskrobałem również — ze strony zatoki szczękowej — błonę śluzową komórek sitowych, która żadnych zmian patologicznych nie wykazywała; tamponada, szwy.

Po czterech dniach, jeszcze przed usunięciem tamponów z jamy szczękowej, pacjentka sama zauważyła znaczne polepszenie wzroku. W tydzień po operacji — po usunięciu tamponów — badanie oka (D-r J. Goldberg) wykazuje: wzrok znacznie się poprawił — 6/12, pole widzenia nadal zwężone, lecz nie w tym stopniu, jak przy pierwszem badaniu. Kontrolne badanie oka w 3 miesiące po operacji: vis. oculi sin — 6/6, pole widzenia zupełnie normalne; na dnie oka nadal zmian niema.

Wobec braku innych przyczyn i wobec efektu operacji — związek przyczynowy między zmianami w zatoce szczękowej, a schorzeniem nerwu II nie ulega w danym przypadku wątpliwości. Inną jest sprawa teoretyczna; wytłumaczenie związku tych dwu schorzeń i droga przejścia sprawy chorobowej na nerw wzrokowy—ta kwestja nasuwa znaczne trudności.

W literaturze, którą dysponowałem, jedynie *White* (referuję podług obszernego artykułu prof. *Szmurły*) podaje 4 przypadki operacji zatok szczękowych z powodu pozagałkowego zapalenia nerwu ocznego, zaznaczając przytem, że właśnie w tych przypadkach wi-

dział największą poprawę wzroku. Poza tem pewną analogję przeprowadzić można z przypadkiem okulisty prof. *Siegrista*, w którym dla powikłania ocznego w postaci retinitis proliferans nie można było doszukać się innej przyczyny, prócz przewlekłego ropnego zapalenia jednoimiennej zatoki szczękowej; w przypadku tym zbyt późno przeprowadzona operacja doszczętna zatoki szczękowej nie mogła usunąć zmian w siatkówce, które polegały na rozroście tkanki łącznej. *Siegrist* i słynny okulista *van der Hoeve* przypuszczają, że zarazki chorobotwórcze drogą licznych połączeń krwionośnych i limfatycznych przedostają się z oddalonych nawet zatok nosowych do oczodołu i do otoczki nerwu II. W przypadku wyżej opisanym *Siegrist* ma potwierdzenie swego przypuszczenia w tem, że zmiany chorobowe w siatkówce występowały wzdłuż rozgałęzień naczyniowych, ściśle trzymając się kierunku tych rozgałęzień. *Szmurło* jest tego zdania, że w niektórych przypadkach ropnego zapalenia zatok bocznych, powikłanych schorzeniem nerwu wzrokowego, przedostać się mogą do nerwu drogą żylną nawet tylko toksyny z chorych zatok. Sądzę jednak, że w opisanym przeze mnie przypadku możnaby znacznie łatwiej i prościej wytłumaczyć sobie powikłanie ze strony nerwu II; a mianowicie zgrubiała, twarda śluzówka zatoki szczękowej przyrośnięta mocno do ścianki kostnej bezwzględnie mogła wywołać zaburzenia krwiobiegu w komórkach sitowych, sprawą zapalną nie zajętych. Te zaś drogą ucisku lub utrudnienia odpływu krwi z naczyń otoczki i pnia nerwu wzrokowego mogły spowodować zmiany odżywcze we włóknach nerwowych. To rozumowanie wytłumaczyłoby również i ten ważny moment, że śluzówka komórek sitowych nie wykazywała — makroskopowo coprawda — żadnych zmian chorobowych.

Literatura.

1) Brunner H. Ohren — u. Nasenbefunde bei akuter u. chronischer Neurol. retrobulbaris. (Mnschrift 1928). 2) Forschner J. u. Sommer J. Ohren—u. Nasenbef. bei N. retrobulbaris. (Mnschrift 1928). 3) Laskiewicz A. Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe w przebiegu zapaleń jam bocznych nosa. P. Przegląd oto-laryngol. 1929). 4) Prof. Meller u. Doc. Hirsch. Ueber die rhinogene Neuritis retrobulbaris (w referacie). 5) E. G. Meyer Ueber die diagnostische Wertung des roentgenol. Befundes des Nebenhöhlenverschattung bei retrobulbären Affectionen. (Mnschft 1929). 6) Piehler. Untersuchungen zur Frage der rhinogenen Neuritis retrobulbaris (Mnschft 1929). 7) Szmurło J. Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe spraw zapalnych jam bocznych nosa. (P. Przegląd otolaryng. 1929). 8) Stocker Fr. (u. Prof. Siegrist). Ueber Augenerkrankungen als Folge pathologischer Zustände der Nase u. deren Nebenhöhlen. 9) E. A. Spiegel u. J. Sommer. Ophthalmo — und Otoneurologie.

Profesorowi D rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Przypadek błoniczego zapalenia ucha środkowego z zapaleniem wyrostka sutkowego.

Podał Dr. WŁADYSŁAW MICHNA, b. star. asystent
Kliniki Otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.

Do rzadkich stosunkowo zapaleń ucha należy zapalenie błonicze, które może obejmować ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, albo może występować jako t. zw. panotitis. Zapalenie to występuje bardzo rzadko w błonicy w porównaniu z innemi chorobami zakaźnemi, w szczególności z płonicą (*Urbantschitsch*).

Wśród przypadków o przebiegu ostrym spotyka się w piśmiennictwie przypadki bardzo ciekawe o przebiegu przewlekłym. Między innymi autorami *Urbanschitsch* opisuje chorego, u którego w ciągu lat 14 stwierdzano laseczki Löfflera w wydzielinie ucha, a po 14 latach wystąpiło ropne zapalenie opon mózgowych, z powodu którego chory zmarł. W pobranym podczas sekcji ropnym płynie mózgowordzeniowym znaleziono jeszcze laseczki Löfflera.

W ostatnich latach opisał z polskich autorów *Dylewski* przypadek błonicy ucha środkowego i zewnętrznego. Według *Dylewskiego* zakażenie wystąpiło najprawdopodobniej w tym przypadku drogą ucha zewnętrznego.

W czasie epidemji błonicy w roku 1929 miałem sposobność mieć w leczeniu oprócz kilku przypadków błonicy nosa u dzieci w wieku szkolnym również przypadek zapalenia błoniczego ucha środkowego wraz z zapaleniem wyrostka sutkowego.

Historja choroby wspomnianego przypadku przedstawia się następująco: P. Jadwiga S. nauczycielka, około 20 lat, wezwała mnie do domu w drugiej połowie lutego 1928 r. z powodu wystąpienia u niej gorączki, bólu gardła i powiększenia gruczołów podszczękowych, nadmieniając, iż dwie starsze siostry, również nauczycielki, zachorowały już przed nią na gardło wśród podobnych objawów.

S t a n o b e c n y: Ciepłota 38.2^0, odżywianie dobre, budowa silna, ból przy ucisku na gruczoły podszczękowe, w gardle naloty

biało-szare, rozlane na migdałkach. Badanie mikroskopowe i bakterjologiczne nalotu na błonicę, dało wynik ujemny.

Po 3 dniach trwania naloty znikły, temperatura obniżyła się do 37^0, bóle zaczęły ustępować, a obrzęk gruczołów zmniejszył się.

P. Janina S., siostra powyżej opisanej chorej, nauczycielka około lat 30, podaje, że przed tygodniem przebyła zapalenie gardła z gorączką i nalotami na migdałkach i bolesnym obrzękiem gruczołów podszczękowych. Lekarza nie wzywała, a zapalenie ustąpiło bez leczenia po kilku dniach.

Stan obecny: Ciepłota prawidłowa, chora silnie zbudowana, dobrze odżywiona, ma nieznaczne przekrwienie błony śluzowej gardła i nosa, a uszy bez zmian. Po zbadaniu dwu wyżej wymienionych sióstr, proszono mnie, abym zbadał przy sposobności i ucho trzeciej siostry.

Zachorowała ona na gardło przed 2-ma tygodniami, wśród tych samych objawów. W następstwie tego zapalenia gardła wystąpiło zapalenie ucha środkowego lewego, z powodu którego była w leczeniu u otjatry od dwuch tygodni. Mimo jednak leczenia stan chorej stale się pogarszał.

Stan obecny: (3-ciej siostry) P. Marja S. nauczycielka, lat około 26. Ciepłota wynosiła 38^0, chora była blada, robiła wrażenie ciężko chorej osoby. Na wyrostku sutkowym lewym widoczne było zaczerwienie i obrzęk części miękkich z bolesnością na ucisk.

Przewód słuchowy zewnętrzny wypełniony był krwawą wydzieliną. Po oczyszczeniu przewodu zewnętrznego usznego z wydzieliny widoczna była biała łuska w kształcie błony, zakrywająca dolną część błony bębenkowej, z pod której wydobywała się obficie wśród tętnienia krwawo-ropna wydzielina.

W miejscu wyjętej szczypczykami białej błony wystąpiło krwawienie. Badanie bystrości słuchu ucha lewego wykazuje, że chora słyszy głośną mowę przy małżowinie, a szeptu wcale nie słyszy. Ucho prawe wykazuje bystrość słuchu prawidłową. W gardle wyraźniejszych zmian nie stwierdziłem.

Ponieważ miałem podejrzenie na błonicę ze względu na obraz kliniczny wszystkich trzech przypadków, opisanych powyżej — posłałem wydzielinę z ucha wraz z wyjętą z przewodu słuchowego zewnętrznego białą błonę do badania bakterjologicznego.

Badanie bakterjologiczne wykazało obecność licznych laseczek Löfflera.

Należało się następnie zastanowić nad leczeniem opisanego przy-

padku. Po naradzie z lekarzem chorób zakaźnych postanowiliśmy niewstrzykiwać surowicy przeciwbłonicznej, ponieważ upłynęło dwa tygodnie od początku choroby.

Natomiast próbowałem podawać surowicę codziennie po kilka razy na gaziku miejscowo do przewodu zewnętrznego ucha.

Po miejscowem podawaniu surowicy w przeciągu 2—3 dni nie stwierdziłem już więcej białych błon w przewodzie zewnętrznym.

Wyciek z ucha z tętnieniem i bolesność wyrostka z obrzękiem utrzymywały się przy ciepłocie do 38^0 dalej, a badanie bakterjologiczne, powtarzane co kilka dni, wykazywało stale laseczki Löfflera w wydzielinie z ucha.

Z powodu ciężkiego przebiegu stanu chorobowego myślałem już o zabiegu operacyjnym, jednak w 6-tym tygodniu choroby ciepłota zaczęła opadać, bolesność i obrzęk wyrostka zaczęły ustępować, wydzielina zmniejszyła się i stawała się więcej śluzową.

Trzykrotne badanie bakterjologiczne wydzieliny usznej po 6 tygodniach dało wynik ujemny.

Do 8-miu tygodni obrzęk i bolesność wyrostka sutkowego ustąpiły zupełnie, a ślad wydzieliny utrzymywał się jeszcze w ciągu tygodnia.

Po dalszym tygodniu przedziurawienie błony bębenkowej w dolnym odcinku zabliźniło się zupełnie, a ostrość słuchowa wracała stopniowo do normy.

Chora zgłaszała się następnie w ciągu kilku lat ostatnich do badania kontrolnego, które stale wykazywało prawidłowy stan ucha lewego.

W ostatnich tygodniach zgłosiła się chora z tem, że po przebytej grypie ma szum w uchu lewem z przytępieniem słuchu.

Badanie ucha lewego stwierdziło ostry nieżyt ucha środkowego. Badanie bakterjologiczne wydzieliny z nosa i jamy nosowo-gardłowej na laseczki Löfflera dało wynik ujemny.

W przypadku powyżej opisanym zakażenie błonicze w uchu środkowem nastąpiło najprawdopodobniej drogą najczęstszą t. j. przez trąbkę słuchową. Z ucha środkowego przeszło zakażenie błonicze dalej na przewód słuchowy zewnętrzny.

Przypadek powyższy, jako rzadko występujący, a przedewszystkiem jako wyleczony sposobem zachowawczym, bez pozostawienia uszkodzenia błony bębenkowej i upośledzenia bystrości słuchu, zasługuje na szczególną uwagę.

Miejscowe podawanie surowicy przeciwbłoniczej mogło w opisanym przypadku odnieść dobry skutek, jako działanie uboczne przez wzmożenie tworzenia się przeciwciał.

Piśmiennictwo.

1) Urbantschitch. Wiener med. Wochenschrift 1921 Nr. 18. 2) Glas E. Handbuch der Hals — Nasen und Ohrencheilkunde Denker — Kahler r. 1926. T. IV. 3. Dylewski. Nowiny Lekarskie z 1 czerwca 1928.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu.
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-ryno-laryngologicznej U. J. Dyrektor Prof. Dr. A. Baurowicz.

Podał: Dr. JAN MIODOŃSKI, asystent Kliniki.

Diplacusis w przebiegu zespołu Menière'a.

Zdolność prawidłowego słyszenia jest czynnością wysoce złożoną i składa się jakoby z szeregu pewnych własności elementarnych, związanych ze sobą przez system nerwowy centralny w pewną całość. W prawidłowo rozwiniętym słuchu muzycznym wyróżnić możemy pewne elementarne właściwości, jako-to zdolność słyszenia tonów, poczucie rytmu, oceny barwy, dalej oceny harmonji i dysharmonji, a wreszcie zdolność rozumienia melodji. Przez różne procesy patologiczne właściwości te mogą być mniej lub więcej selekcyjnie upośledzone lub zniesione. Upośledzenie pewnych z tych właściwości, jak zdolność słyszenia tonów zdaje się niejako w sposób oczywisty nawiązywać w pierwszym rzędzie do stanu narządu obwodowego zmysłu słuchowego. Teoretycznie nasuwa się też obawa, że wszelka zmiana w stanie narządu obwodowego musi wywołać znaczne zaburzenia, zwłaszcza wobec istnienia dwu stacyj obwodowych i odbić się niekorzystnie na zdolnościach słuchowych wyższego rzędu. Co bowiem się stanie, gdy każda z tych dwóch stacyj przeniesie do części centralnych narządu słuchowego dwa różne względem siebie odpowiedniki pewnego bodźca zewnętrznego? Częściowo zagadnienie to ma charakter fizjologiczny, boć orjentacja kierunkowa ma właśnie swą główną podstawę w tem, że bodziec słuchowy działać może niezupełnie jednakowo na obie stacje obwodowe narządu słuchowego.

(*Lord Rayleigh*, *Hornbostel* i *Wertheimer*). Tutaj jednak nie będzie nam chodziło o te różnice, które wynikają z rozłożenia przestrzennego dwu stacyj odbiorczych, lecz o te, które wywołane są zmianami patologicznemi narządu. Z fizycznego punktu widzenia zmiany patologiczne, dotyczące czysto ucha zewnętrznego i środkowego czy wewnętrznego muszą zmienić zarówno ilościowo, jak i jakościowo warunki pracy narządu słuchowego i ukształtować je odmiennie od normalnych. Pomimo to jednak schorzenia narządu słuchowego obwodowego nie wywołują zwykle poza upośledzeniem ostrości słuchu innych dostrzegalnych w życiu codziennem zaburzeń słuchowych. Tego rodzaju zjawiska w dziedzinie słuchu, któreby można porównać z diplopją i daltonizmem w dziedzinie wzroku są naogół rzadkie. Skargi chorych na podwójne widzenie przewyższają częstość tego rodzaju zaburzeń w dziedzinie słuchu. Że poza momentem fizycznym, warunkującym ewentualne wystąpienie różnych rodzajów podwójnego słyszenia ważnym jest stopień wyrobienia spostrzegawczości słuchowej dowodzi ta okoliczność, że ze skargami na „podwójne słyszenie" spotykamy się przeważnie u ludzi muzykalnie wyrobionych. Najczęstszą przyczyną diplacusis są zaburzenia w przewodzeniu, rzadziej w percepcji — przyczem zastrzec się należy, że zmiany w uchu środkowem mogą tu być pojmowane, jako momenty, wywołujące następczo pewne zaburzenia błędnikowe. Z przypadkami, w których diplacusis zależałaby od stanu błędnika przy niezmienionem uchu środkowem, spotykamy się prawie 10-cio krotnie rzadziej (*Moos*, *Gruber*, *Burnett*, *Urbantschitsch*, *Alt*, *Stumpf*. *Magnus*, *Thompson*). Jeszcze rzadsze są wreszcie przypadki diplacusis w przebiegu zespołu Meniére'a (*Urbantschitsch*, *Burnett*) przy normalnym stanie uszu środkowych. Dla wytłumaczenia pewnych zjawisk podwójnego słyszenia nie wystarcza przyjęcie zaburzeń w samych tylko stacjach obwodowych, jak o tem wspomnę jeszcze. Ze skargami na podwójne słyszenie spotykałem się parokrotnie, chodziło o ludzi inteligentnych, muzykalnych, zwykle z wyraźnemi zmianami kataralnemi ucha środkowego. W przypadkach tych kateteryzacja trąbki i t.p. odniosła wyraźny skutek leczniczy. Raz spotkałem diplacusis dysharmonica u osobnika, u którego chodziło o guz mózgu, najprawdopodobniej w środkowej prawej jamie czaszki (uszy środkowe bez zmian), wreszcie w przypadku ostrego przebiegu zespołu Meniére'a· Dotyczący przypadek, skierowany został do ambulatorjum Kliniki przez Doc. Brzezickiego, który stwierdził w początkowym okresie choroby lekko zaznaczone objawy oponowe przy wzmożonem ciśnieniu płynu mózgordzenio-

wego i pleocytozie. Badanie otjatryczne z 23.II 1931 r. stwierdza co następuje:

Chory W. J., lat 34, robotnik, mało inteligentny, bardzo porywczy zachorował 3.II w ten sposób, że napadł go silny zawrót i szum. Poprzednio chorował przed dwoma tygodniami na grypę. Zawrót był silny i przykuł chorego do łóżka — musiał leżeć na wznak. Wszelka zmiana położenia wzmagała jeszcze zawrót i powodowała wymioty. Po trzech dniach choroby zauważył, że „słyszy podwójnie" a to w ten sposób, że gdy ktoś wymawia jakieś słowo, to słyszy je zaraz, a potem drugi raz jeszcze. Ten stan, że chory słyszał jak „odbijały się" całe słowa trwał trzy dni, później nie odbijały się już całe słowa, lecz tylko „końce słów", co utrzymuje się do dzisiaj. Zawrót trwał około 12-tu dni — dziś go nie czuje.

Wziernikowo uszy, nos, jama nosogardzielowa b. z.

Szept: w lewem uchu w normie, w prawem wyraźnie gorszy (plus minus 2,5 m.) przyczem stwierdza się jeszcze następujące szczegóły:

(Ucho lewe wyłączone)

„sześć" powtarza jako „sześć" . . . . ci"
„siedemnaście" . . . . „siedemnaście . . . . . cie"
„cztery" . . . . „u" lub „cztery . . . . . y"
„dwa" . . . . „dwa . . . . . a „lub" a".
„sześćdziesiąt pięć" . . . . . „psst" i t. d.

Czasami powtarza całe wyrazy i podaje, że koniec słowa słyszy drugi raz, albo też powtarza tylko końcowe sylaby słów, gdyż początku nie słyszał, względnie nie rozumiał. Polecenia wydawane tym samym szeptem (tylko bardzo pomału) i z tej samej odległości(plus minus 2,5 m) przy wykluczeniu ucha drugiego) spełnia zwykle poprawnie.

A drogą powietrza słyszy na lewem jak „cienko buczy"
A „ „ „ „ prawem jako „cieńszy pisk przerwany"
C w lewem . . . . . „nisko furczy"
C „ prawem . . . . „piszczy cieniej i przerywanie"
C^1 na lewem „buczy cieniej od poprzedniego"
C^1 „ prawem „robi przerywane pi " . . . " i . . . i ".

Podobnie przy c_2, c_3, c_4 — można wnosić z prymitywnych określeń chorego, że na lewem dają one ton jednostajny, a na prawem przerywane i wyższe piszczenie.

A^1 i c_2 ze szczytu czaszki projektuje na lewo i słyszy, jako jednostajne „buczenie" zaś z wyrostka prawego jako falujące „bu... u...u...".

Drżeń samoistnych nie stwierdza się.

Romberg, Junger dobre, Mann — w prawo.

Na palcach przy oczach zamkniętych wali się to w prawo, to wprzód lub w tył, zawroty głowy nie wywierają pewnie dostrzegalnego wpływu na kierunek padania.

Wskazywanie trafne.

Ucho lewe 5 cm.^{3}, 18^0 po 10" drżenie dość grube hor.-rot trwa plus minus 90".

Ucho prawe 5 cm.^{3} 18^0 po plus minus 40" zaledwie ślad drżenia.

Przeciwko próbom obrotowym chory protestuje jak najenergiczniej i powiada, że męczyć się nie pozwoli.

W opisanym przypadku wystąpiły więc jakościowe zaburzenia słuchowe w trzecim dniu choroby, przebiegającej z objawami zespołu Menière'a. Zaburzenia słuchowe były tak silnie zaznaczone, że sprawiały ogromną przykrość choremu zupełnie niemuzykalnemu i mało inteligentnemu. Zaburzenie słuchowe t. j. diplacusis echotica było najsilniej zaznaczone wtedy, gdy i przypadłości Menierowskie były silnie rozwinięte. W miarę, gdy przypadłości te zmniejszały się, słabło też zjawisko diplacusis, chociaż nie zupełnie równolegle. Według objawów chorobowych i przebiegu klinicznego mamy do czynienia ze schorzeniem błędnika prawego, które wystąpiło w 2 tygodnie po przebytej „grypie" wraz z objawami oponowemi. Przebieg i obraz kliniczny przemawiają przedewszystkiem za tem, gdy chodzi o sprawę uszną, że mamy przed sobą labyrinthitis, a nie sprawę neurytyczną w zakresie VIII. W przypadku tym zaburzenia słuchowe musimy wiązać i uzależniać w pierwszym rzędzie ze schorzeniem błędnika przy niezmienionym stanie uszu środkowych. Za tem przemawia też i ta okoliczność, że zjawiska diplacusis otrzymywaliśmy w tym przypadku zarówno na drodze przewodnictwa powietrznego, jak i kostnego. Niestety zupełny brak jakiegokolwiek wyrobienia muzycznego u chorego uniemożliwił bardziej subtelne badania, któreby pozwoliły wniknąć bliżej jeszcze w bogaty i różnorodny świat zjawisk, które w czambuł nazywamy diplakustycznemi. Jeśli przyjrzymy się bliżej zjawisku ponownego słyszenia słów i zdań całych, to w naszym przypadku obraz zjawisk z tego zakresu zmienił się szybko. Początkowo chory słyszał echo całych słów, później końcowych sylab, echo to bywało już-to wierne, już-to zniekształcone. Zaznaczyło się wreszcie czasami i takie zjawisko, że chory nie słyszał dwa razy, a jedynie słyszał raz i to tylko koniec słowa. Efemeryczność diplacusis echotica bywa bardzo duża. I tak wrażenie echa może występować jużto po

wszystkich wrażeniach słuchowych, lub tylko po niektórych. Czasem powtarzają się całe zdania, a czasem tylko pojedyńcze wyrazy lub sylaby; są to wtedy wyrazy i sylaby końcowe. Zwykle echo bywa pojedyńcze, rzadziej kilkakrotne. Przy równej ostrości słuchu echo dotyczyć może bądźto jednego ucha, bądź obu. Gdy jedno z uszu jest mniej ostre, to odnoszone bywa bądź tylko do gorszego ucha — tak, jak się być zdaje w opisanym przypadku — bądź tylko do ostrzejszego. Zdarza się też i skrzyżowanie echa, t. z., że gdy mówi się równocześnie dwa różne słowa do obu uszu to echo słów odnoszone jest do uszu przeciwnych. Zjawisko echa jest więc, jak widać, bardzo różnorodne, a tłumaczenie go li tylko na podstawach fizycznych niemożliwe. Przyjęcie „opóźnienia wrażeń" z ucha chorego (*Kayser*) lub samego zaburzenia czynności tłumikowych resonansu (*Jacobson*) jest nie wystarczające. Jakże wytłumaczyć sobie na tej drodze przypadek *Urbantschitscha* gdzie „Die Lampe" powtarzało się tak, że „die" występowało po 2" a „Lampe" po 10 do 15". *Urbantschitsch* uważa, że diplacusis echotica jest już w pewnych granicach fizjologiczną, a dopiero zaburzenia w zakresie pamięci muzycznej wiodą w dziedzinę patologji i że odpowiednie tło psychofizyczne *Urbantschitsch*, *Grübner*) wchodzi tu w rachubę. Wydaje mi się, że dzięki zaburzeniom w zakresie narządu słuchowego wskutek nowych i zmienionych warunków występuje pewna dyskoordynacja centralna, pewne rozluźnienie w funkcjach pracy w zakresie centrów najwyższych.

Drugim objawem stwierdzonym przy badaniu opisanego przypadku było, że ton słyszany na uchu prawem był wyższy, niż na lewem, bliższego określenia co do różnicy wysokości, barwy i t. d. chory niestety podać nie umiał. To, że ton, wysłuchiwany uchem chorem ma inną wysokość, niż w zdrowem, zdarza się stosunkowo nie rzadko. Zjawisko to dotyczy zwykle tylko kilku w bliskości leżących tonów, lub rzadziej wszystkich. Przy badaniu stroikowem różnica ta daje się spostrzegać bądź-to przez cały czas słyszenia, bądź tylko na początku lub pod koniec. Różnica wynosi $^1/_4$, $^1/_2$ tonu, tercję, kwartę, kwintę, oktawę lub więcej oktaw, a rzadko tylko wypada sexta i septima. Bywa, że jeden ton jest słyszany za wysoko, a inny za nisko. Fakt, że ten typ zaburzeń często występuje w związku ze zmianami ucha środkowego i ustępuje lub zmniejsza się pod wpływem leczenia tegoż (kateteryzacja trąbki i t. p.) skłoniło niektórych autorów do upatrywania głównej przyczyny zjawiska w zmianach dotyczących aparatu przewodzącego (ucho środkowe).

Barth obserwował diplacusis tylko przy zmianach kataralnych ucha środkowego. Uważa on, że wysłuchiwana różnica wysokości tonów polega na złudzeniu, wywołanem wygaśnięciem niższych nadtonów w narządzie przewodzącym, dzięki czemu zmienia się barwa. Gdy dołączymy do tego tępe uczucie zatkania ucha i szumy subjektywne, które nie zawsze łatwo od objektywnych odróżnić, to mamy dostateczną ilość powodów, by uznać za przyczynę zjawiska cierpienie ucha środkowego, a nie zapuszczać się w niepewne hipotezy. *Wolf*, który także uznaje, że ucho środkowe może być przyczyną diplacusis przytacza na poparcie fakt, że nieraz różnica wysokości, wysłuchiwana drogą powietrzną znika przy przewodzeniu kostnem. Tę samą okoliczność podnosi *Daal* i rozróżnia przypadki diplacusis aero-tympanalis bez cranio-tympanalis,—oraz aero i cranio-tympanalis. Pierwsze mają zależeć od zaburzeń w aparacie przewodzącym. *Dennert* uważa, że większa część przypadków diplacusis binauralis polega na złudzeniu wywołanem niejednakową intenzywnością tonu na obu uszach, względnie osłabieniem pewnych nadtonów. *Urbantschitsch* stwierdził, że jest to już właściwością naszego narządu słuchowego, że dany ton wydaje się tem niższy im jest silniejszy. Spostrzeżenie to zgadzałoby się z pewnemi obliczeniami fizykalnemi, dotyczącemi resonancji w błędniku (*E. Meyer*). *Wittich* uważa, że zmiany w uchu środkowem (wysięk i t. p.) zmieniają ciśnienie w błędniku, przez co zmieniają się też warunki resonancji w narządzie *Cortiego*. Podobnie mniej więcej tłumaczy sobie *Gradenigo* diplacusis disharmonica. Przy diplacusis harmonica są nadtony lepiej wysłuchiwane na uchu chorem niż ton zasadniczy. Przyczyna tego leży w uchu środkowem, a to przez zmiany wibracji i resonancji. Tak przedstawia się sprawa przedewszystkiem przy diplacusis monauralis, gdzie ucho chore obok tonu zasadniczego słyszy sharmonizowany z poprzednim ton wyższy. Potrzeba jednak nadto, jak się zdaje, pewnej nadmiernej pobudliwości błędnikowej, by obok podrażnienia zasadniczego mógł się zaznaczyć równocześnie skutek podrażnienia innych grup elementów błędnikowych. *Politzer* jest zdania, że tam, gdzie różnica wynosi $^1/_4$ do $^1/_2$ tonu diplacusis pochodzi zwykle z ucha środkowego, gdzie interwał jest większy z błędnika. *Alt* uznaje dla pewnych przypadków ważność współudziału narządu przewodzącego obok narządu percepcyjnego. *Urbantschitsch* wskazuje też na możliwość centralnego pochodzenia diplacusis natury odruchowej, powstałej przez zaburzenia naczynioruchowe, pochodzące ze schorzałego ucha środkowego.

W naszym przypadku, gdzie diplacusis wystąpiła w związku z ostrem schorzeniem błędnika bez współudziału ucha środkowego ważne są przedewszystkiem te momenty, które w pierwszym rzędzie wiążą się ze zmianami patologicznemi narządu percepcyjnego. Jeśli staniemy na stanowisku schorzenia wewnątrzbłędnikowego, to interpretacja przyczyny różnicy wysokości wysłuchiwanego tonu przedstawi się najjaśniej, gdy oprzemy się na rezonancyjnych teorjach czynności ślimaka. Nie będzie przy tem większej różnicy, czy to będzie oryginalna teorja *Helmholtza*, czy *Rufa-Fletschera* i t. p. Wszystkie one dadzą nam obraz jasny aż do pewnego punktu, poczem pewne dalsze zagadnienia pozostawią nie rozstrzygnięte. *Knapp* uważa, że przyczyną „fałszywego słyszenia" jest zaburzenie w harmonji współpracy obu ślimaków przez to, że lamina spiralis jest inaczej nastrojona w jednym niż drugim ślimaku. Myśl tę rozwiniętą szerzej spotykamy u *Treitla i Jacobsona* Według pierwszego różnica napięć i ciśnień wśródbłędnikowych może się utrzymać dzięki temu, że produkty zapalne oraz krwotoki pozostawiają swe ślady w różnych miejscach narządu Cortiego i wywołują miejscowe różnice napięć odchylające się w ten lub inny sposób od napięcia normalnego właściwego danemu miejscu. Podobnie *Jacobson* widzi przyczynę diplacusis labyrinthogenes w zmienionem napięciu włókien laminae spiralis. Czynnikami, które warunkują współdrganie danego elementu są długość, napięcie i masa drgającego elementu. Jeśli dzięki procesom patologicznym przyjdzie n. p. do rozpęcznienia danego elementu, to włókno, które normalnie współdrgało przy częstości fazowej n. p. 120 wpadnie teraz we współdrganie przy częstości 100. Dzięki temu częstość drganiowa 100 pobudzi odpowiednie włókno nerwowe właściwie do częstości 120, stąd ton w uchu chorem wyda się wyższy, niż w zdrowem. Podobnego mniej więcej poglądu jest też *Alt* i *Moos,* który widział diplacusis po zażywaniu K. J. i przypisuje ją zmianie napięcia w zona pectinata. Wspomniane teorje diplacusis błędnikowej pozwalają w łatwy sposób objaśnić wysłuchiwaną różnicę tonów w naszym przypadku, gdzie chory oceniał dany ton na uchu chorem, jako wyższy niż na zdrowem. Na podobnych przypadkach możemy ocenić jak gładko zdają egzamin teorje resonancyjne także wobec zjawisk patologicznych. Tłumaczą nam one o wiele łatwiej i sprawniej obserwowane zjawiska, niż jakakolwiek z teorji nie resonancyjnych, (*Ewald, Hurts, Bonnier, Ter Kuile* i t. d.). Mimo jednak dużej sprawności teoryj resonancyjnych pozostają pewne niedomówienia i niedociągnięcia, których nie sposób przezwyciężyć nie przyjmując jeszcze

pewnych dodatkowych założeń. Mniej tutaj chodzi o to, czy mamy prawo pozostać przy sztywnym zupełnie schemacie *Helmholtza*, że dana częstość pobudza dany element narządu *Cortiego*, do którego przynależy pewne włókno nerwowe (*Minton*), czy też wobec obserwacji i eksperymentów (*Witmaack*, *Brühl* i t. d.) przyjąć nam wypadnie, że chodzi tu (*Stumpf*) o zadziałanie na pewną ilość elementów, z których znowuż element najsilniej podrażniony uzyskuje prawo dominacji (*Fischer* i *Budde*). Wreszcie, czy proces ten, dzięki któremu dany bodziec wywołuje pewien skutek swoisty, zachodzi w całości w fizykalnej części narządu (*Waetzmann*), czy też przyjęcie pewnych skojarzeń nerwowych (*Lorente de No*) jest tu wymagane. Chodzi nadto tu jeszcze o pewne zagadnienie, na które natknął się już *Helmholtz* i które musiał pokonywać przez dalsze rozwinięcie zasady *J. Müllera*. Według *Müllera* każdy zmysł odpowiada na każdą podnietę wrażeniem właściwem danemu zmysłowi. Teorja *Helmholtza* wymaga ponadto, by każde włókno nerwowe dawało wrażenie swoiste, różniące się od każdego innego, które wypływa z podrażnienia innego włókna nerwu słuchowego. Rozważając fizykochemiczną stronę zagadnienia pobudki słuchowej, upatrywać możemy w częstości drgania moment kierujący procesem fizyko-chemicznym, stwarzającym bodziec swoisty dla danego włókna nerwowego. Jeśli więc wskutek zmienionych warunków fizycznych odpowiednie włókno laminae spiralis (czy też dotyczący odcinek membranae tectoriae) popada w inną częstość współdrgania, niżby normalnie powinno, to i proces fizykochemiczny drganiem tem wywołany przebiegać będzie inaczej, niż w warunkach normalnych. Przynależne włókno nerwowe jest więc wtedy podrażnione właściwie bodźcem dla niego nieswoistym. Odpowiedź teoretyczna, czy i jaki to ewentualnie za sobą może pociągnąć skutek, musi wypaść niepewnie. I tu właśnie nasuwa się hipoteza, czy takiemu zaburzeniu swoistego dla danego elementu przebiegu reakcji fizykochemicznej nie odpowiada zaobserwowane, w opisanym przypadku — „przerywanie głosu" stroika, jak to chory określił. Przy takiem pojmowaniu, zjawisko „przerywanego słyszenia" dorzucałoby więc nieco światła na niezmiernie subtelne procesy, które toczą się na granicy komórki zmysłowej i włókna nerwu słuchowego.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Ze szpitala Izraelickiego w Pińsku, kierownik: Dr. D. Jewsiejenko.

Okołotrąbkowe zapalenie wierzchołka kości skalistej.

(Przyczynek do wyodrębnienia obrazu klinicznego).

Podał Dr. EDWARD PRAGIER, otolaryngolog szpitali w Pińsku.

Klinika ropnych zapaleń wierzchołka kości skalistej do dnia dzisiejszego jest dziedziną otologji, w której pomimo wielkiej ilości prac i dużego zainteresowania ostatnie słowo nie zostało wypowiedziane.

Zarówno co do patologji, jak i kliniki tych zapaleń panują zdania różnolite, czasem wręcz przeciwne: trwa jeszcze spór o tłumaczenie syndromu Gradenigo, odmienne są zdania co do postępowania operacyjnego; terapji wręcz konserwatywnej przeciwstawia się radykalne i rozległe zabiegi operacyjne, jak to czyni naprzykład *Eagleton*. I rzeczywiście tendencja samowygojenia wierzchołka kości skalistej stoi w rozbieżności z kolosalnem niebezpieczeństwem, jakie kryje w sobie ropne zapalenie wierzchołka ze względu na jego stosunki anatomiczne. A nawet i te nie są jednolicie i ostatecznie zbadane. Nic prawie nie wiemy o możliwościach rozwoju pneumatyzacji wierzchołka kości skalistej niezależnie od głównego kompleksu uchyłkowego komórek wyrostka sutkowego. To właśnie zagadnienie między innemi będzie tematem naszego referatu.

Mamy przecie dwie drogi rozwoju pneumatyzacji — od jamy bębenkowej przez uchyłek i od trąbki Eustachjusza. To też komórki wierzchołka kości skalistej stanowią dwie grupy: a) górno-wewnętrzną, łączącą się z komórkami okołobłędnikowemi, i b) dolno-zewnętrzną, wychodzącą z kanału kostnego trąbki Eustachjusza. Pneumatyzacja tej drugiej części (okołotrąbkowej) wierzchołka kości skalistej obejmuje wszystkie ściany trąbki kostnej, najczęściej jednak dolną ścianę i przyśrodkową, gdzie przedstawia się w postaci półkulistych lub wydłużonych przestrzeni powietrznych między kanałem mięśniowo-trąbkowym, a tętnicy szyjnej. Komórki trąbkowe i okołotrąbkowe (pierwsze zwykle otwarte do kanału mięśniowo-trąbkowego) zamknięte są w masywie kości skalistej i nie łączą się zasadniczo z kompleksem

komórek kości łuskowej. Komórki trąbkowe wysłane są jak i śluzówka trąbki nabłonkiem cylindrycznym.

Rozważmy jak przedstawia się rozwój pneumatyzacji tej części wierzchołka kości skalistej w stosunku do pneumatyzacji wyrostka sutkowego. Upowietrznienie kości skalistej jest naogół słabo rozwinięte, wydaje się jednak możliwem, że „kosztem" zahamowania pneumatyzacji wyrostka sutkowego odbyć się może upowietrznienie wierzchołka kości skalistej — a to dzięki specjalnym warunkom anatomicznym tej części kości skroniowej; bowiem to, co może stanowić przeszkodę w rozwoju pneumatyzacji wyrostka sutkowego, anatomicznie nie wchodzi w grę dla rozwoju pneumatyzacji wysuniętego ku przodowi wierzchołka kości skalistej.

Zahamowanie pneumatyzacji powstaje wskutek wadliwego rozwinięcia się worka nabłonkowego embrjonalnego — czy to z powodu braku dostępu doń powietrza w razie zamknięcia trąbki Eustachjusza (*Brock*), czy to z powodu przejściowej sprawy zapalnej w trakcie rozwoju przestrzeni powietrznej ucha środkowego: otitis latens niemowląt lub otitis acuta exsudativa (*Witmaack*), co uniemożliwia w pewnym momencie lub w pewnem miejscu dalsze posuwanie się worka nabłonkowego. Te właśnie przyczyny zahamowania pneumatyzacji mogą topograficznie nie dotyczyć wierzchołka kości skalistej. Kompleks komórek tej części kości skroniowej łączy się z kanałem trąbkowym, przez komórki trąbkowe rozwinąć się może od trąbki w części jeszcze niezamkniętej, wzgl. niepodległej jakimkolwiek zmianom zapalnym, i wówczas możemy przy zbitym typie wyrostka sutkowego („Kompakt — Mastoid — typus" Witmaacka) z zahamowaną pneumatyzacją otrzymać bardziej rozwinięty kompleks komórek wierzchołka kości skalistej, a przedewszystkiem w jego części dolno-zewnętrznej (okołotrąbkowej).

Oczywiście nie wyłącza to normalnego rozwoju kompleksu komórek wierzchołka kości skalistej przy normalnie upowietrznionym wyrostku, zarówno jak nie jest to regułą dla wyrostków typu zbitego. Nie mamy zresztą potwierdzenia tej hipotezy w zdjęciach roentgenograficznych wierzchołków kości skalistych, mało dostępnych ścisłemu badaniu nawet przy dzisiejszej technice. Stwierdzam jedynie niezależność w pewnym stopniu rozwoju pneumatyzacji wierzchołka kości skalistej od pozostałych części kości skroniowej oraz możliwość nadmiernego rozwoju tego kompleksu komórek, zwłaszcza zaś grupy dolno-zewnętrznej raczej w wypadkach zbitego wyrostka sutkowego. Oczywiście tego rodzaju rozważania wymagają potwierdzenia w ba-

daniach anatomicznych i roentgenograficznych wierzchołka kości skalistej oraz w badaniach histologicznych w przypadkach zapaleń wierzchołka kości skalistej klinicznie wyczerpująco opracowanych i poddanych dokładnemu badaniu pośmiertnemu Przypadki te opracowane liczone są przez autorów na palcach, i te zresztą dotyczą ciężkich skomplikowanych schorzeń wyrostka sutkowego, w których wierzchołek kości skalistej bierze współudział lub jest dla nich punktem wyjścia.

Czystych postaci zapaleń wierzchołka kości skalistej prawie nie spotykamy w literaturze, — może w związku ze względnie dobrotliwym przebiegiem takich zapaleń. Jednak z rozważań naszych, opartych bezpośrednio na uznanych i przyjętych zasadach nowoczesnej otologji, jak nauka *Witmaacka* o pneumatyzacji i stosunku jej do zapaleń wyrostka sutkowego wynika, że ropienia trąbkowej części wierzchołka kości skalistej w wypadkach nadmiernej pneumatyzacji tej części mogą być izolowane; szczególnie możliwem to będzie, jeśli reszta kości skroniowej jest sklerotyzowana.

Zestawienie to znajdzie całkowite potwierdzenie w wyjątkowym przypadku klinicznym, który poniżej podaję. Jest on najbardziej typowy z tych kilku, które miałem możność obserwować.

L. B. Dziecko l. 3 w przebiegu płonicy zachorowało, jak rodzice podają, na ucho prawe, z którego po kilku dniach zaczęła wyciekać ropa. W ciągu 4-ch tygodni dziecko skarżyło się na bóle głowy, źle spało, miało stale temperaturę podwyższoną.

Wyciek ropny z ucha prawego stopniowo się zmniejszał; przed dwoma dniami zupełnie ustał. Temperatura podniosła się do 38,5^0 wieczorami; dziecko ostatnie noce prawie nie śpi, nie chce przyjmować pokarmu. Badanie moczu, dwukrotnie w przebiegu choroby wykonane, nie wykazało nic szczególnego. Przedtem na uszy nie chorowało, zarówno jak i na żadne inne choroby. Wezwany 15.III 31 r, w 5-tym tygodniu choroby stwierdziłem u normalnie zresztą rozwiniętego dziecka w uchu prawem: residua po przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego, — w uchu lewem: całkowite zwężenie przewodu zewnętrznego z powodu równomiernego obrzęku ścian przewodu kostnego; przez zwężony przewód ledwie przechodzi cienki zgłębnik. Bolesność wyrostka sutkowego lewego szczególnie na wypuk. W gardzieli powiększone nieco migdałki, wykazujące ubytki popłonicze. Nieznaczny szczękościsk i obrzęk okolicy trąbki Eustachjusza lewostronnie przy obmacywaniu wyczuwalny. Małe wyrośle gruczołowate. Badanie neurologiczne dziecka objawów patologicznych nie wykazało.

Następnego dnia z przewodu usznego lewego wyciekła nagle znaczna ilość ropy, temperatura spadła i dziecko pierwszy raz po 4-ch tygodniach spało w nocy. Przewód kostny, w dalszym ciągu zwężony, uniemożliwia dokładne otoskopowe zbadanie ucha. — 17.III operacja wyrostka sutkowego lewego: brak zupełny prawie pneumatyzacji; kość wyrostka twarda, sklerotyzowana na całą grubość aż do uchyłka sutkowego. W nielicznych komórkach okołozatokowych nieco ziarniny, w uchyłku

nieco wydzieliny surowiczej. Uchyłek szeroki i rozwarty. Wobec niewielkich zmian stwierdzonych w wyrostku obnażono na nieznacznej przestrzeni oponę średniej jamy czaszkowej i ścianę zatoki esowatej z wynikiem ujemnym. 18.III temperatura normalna, dziecko spokojne. 19 i 20.III dziecko skarży się na bóle głowy i ucha lewego, gorączkuje do 38^0, w nocy znów nie śpi, szczękościsk zwiększa się. 20.III — opatrunek: Rana pooperacyjna zupełnie czysta bez jakiejkolwiek wydzieliny ropnej, natomiast z przewodu zewnętrznego po wyjęciu sączka wydziela się pod ciśnieniem falami większa ilość ropy tak, że nie nadąża się jej wytrzeć. Otoskopowo: światło przewodu szersze, ropa wydobywa się ze ściany górno-przedniej przewodu kostnego tuż przed błoną bębenkową, która jest zaczerwieniona i nieco obrzękła, ale nie wypięta. W ciągłem podejrzeniu, że ma się do czynienia z ropniem zewnątrzoponowym w średniej jamie czaszkowej tuż nad tegmen tympani, wykonano wieczorem tegoż dnia powtórną operację: przedłużono cięcie skórne od góry nieco ku przodowi; zdjęto część górno-tylnej ściany przewodu kostnego i otwarto uchyłek epitympanalny, który okazał się wolny od śladu ropy, otwarto szeroko jamę czaszkową średnią i częściowo tylną ku przodowi od zatoki; nigdzie ropy nie stwierdzono. Przez uniesienie opony twardej nad tegmen tympani stwierdzono również brak zmian w obrębie górnej części wierzchołka kości skalistej. W tkankach miękkich dokoła przewodu zarówno jak pod przyczepem mięśnia skroniowego — żadnych zmian. Dopiero uderzenie dłutkiem w ścianę górno-przednią przewodu, które objęło również część zewnętrzną przedniej ściany epitympanum, otworzyło jamę kostną w kierunku wierzchołka kości skalistej z której wydzieliła się ropa w większej ilości. W jamie od góry i od zewnątrz wyczuwa się zgłębnikiem ściany kostne. Sączek w kierunku jamy przez uchyłek sutkowy. Po operacji dziecko stale się poprawiało i w ciągu niespełna 6-ciu tygodni było zupełnie zdrowe z raną zagojoną. W przewodzie pozostało niewielkie zwężenie okrężne części kostnej.

Mamy więc ropniak ograniczony zewnętrzno-dolnej części wierzchołka kości skalistej przy wybitnie sklerotycznym typie wyrostka sutkowego. W przypadku naszym infekcja wierzchołka kości skalistej nastąpić mogła albo drogą krwi w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, lub drogą komórek trąbkowych od trąbki. W obu wypadkach usposabiającym czynnikiem byłaby rozwinięta pneumatyzacja części trąbkowej wierzchołka kości skalistej przy zahamowanej pneumatyzacji całego wyrostka. Izolowane (oczywiście makroskopowo) ropne zapalenie części zewnętrzno-dolnej wierzchołka kości skalistej dopowadziło do ropniaka, który wypróżniał się przez ścianę górno-przednią przewodu zewnętrznego w jego najgłębszej części tuż za stawem żuchwowym. Dlatego też makroskopowo nie stwierdziliśmy ropy w jamie bębenkowej ani w uchyłku, dlatego tak nieznacznie zmieniona była błona bębenkowa, i tylko bardzo niewielkie zmiany ziarninowe w nielicznych i jedynych komórkach podstawy wyrostka sutkowego dowodzą, że zapalenie obejmowało jednak cały wyrostek i drogą krwi najprawdopodobniej zlokalizowało się właśnie w około-

trąbkowej dobrze pneumatyzowanej części wierzchołka kości skalistej. Na rozszerzenie się infekcji drogą krwi zwraca uwagę szczególną *Eagleton* w swoich ostatnich pracach, gdzie mówi o dreszczach, jako objawie poprzedzającym to rozszerzanie się.

Brunner nie widzi w dobrej pneumatyzacji wierzchołka kości skalistej czynnika koniecznego dla powstania w nim ropienia, przyznaje jednak na podstawie swego materjału i literatury, że rozwinięta pneumatyzacja wierzchołka usposabia do tego.

Klinicznie izolowane ropienie trąbkowej części wierzchołka kości skalistej ma swoje objawy charakterystyczne: bolesność okolicy stawu żuchwowego w związku z bezpośredniem sąsiedztwem tegoż z trąbkową częścią wierzchołka oraz możliwością rozszerzenia się stanu zapalnego na pęczek tkankowy, przechodzący przez szczelinę Glasera; w związku z tem tłumaczyć można szczękościsk mniejszego lub większego stopnia; obrzęk okolicy trąbki Eustachjusza wyraźnie w naszym przypadku zaznaczony, i w związku w tem bóle podczas przełykania; otoskopowo bardzo charakterystyczne opadnięcie ściany górno-przedniej przewodu zewnętrznego kostnego lub zwężenie okrężne, jak w opisanym przypadku (u dzieci). Nie wykluczony jest nerwoból nerwu trójdzielnego, gdyż, jak wskazują na to *Brunner*, *Opikofer* i inni, występuje on nietylko przy ropieniach obok splotu Gassera, ale również w ogniskach ropnych, położonych bardziej zewnętrznie i oddalonych nieco od splotu, a więc również w ropnych zapaleniach części dolno-zewnętrznej wierzchołka kości skalistej. Natomiast brakować będzie w omawianym obrazie klinicznym porażenie nerwu odwodzącego.

Objawy wyżej podane jako charakterystyczne stale będą wyrażone w izolowanych ropieniach trąbkowej części wierzchołka kości skalistej, są bowiem wykładnikiem stosunków anatomicznych. Wszystkie te objawy były wyraźnie zaznaczone w 2-ch innych przypadkach, które miałem możność obserwować. Jeden był operowany z powodu traumatycznego zapalenia wyrostka sutkowego, w związku z pęknięciem kości skroniowej z udziałem trąbkowej części wierzchołka kości skalistej i następczym ropnem zapaleniem ucha środkowego; drugi przypadek nieoperowany, był obostrzonem przewlekłem zapaleniem ucha środkowego z objawami wyżej wspomnianemi, wskazującemi na zajęcie trąbkowej części wierzchołka kości skalistej. W obu przypadkach był wybitnie wyrażony objaw opadnięcia najgłębszej części górno-przedniej ściany przewodu zewnętrznego kostnego. Nie było nerwobólu n. trójdzielnego ani też porażenia n. odwodzącego.

Prognostycznie postać opisana przedstawia się stosunkowo lepiej od ropienia górno-wewnętrznej części wierzchołka kości skalistej. Może dać powikłania w średniej jamie czaszkowej przez plexus caroticus do zatoki jamistej, na wewnątrz do stawu żuchwowego, wzgl. doprowadzić może do ropni opadowych wzdłuż trąbki Eustachjusza, lub tylno — i boczno-gardłowych.

Brunner opisuje kilka przypadków ciężkich i skomplikowanych schorzeń wyrostka sutkowego, zakończonych śmiertelnie, dla których punktem wyjścia były ropne zapalenia trąbkowej części wierzchołka, i zapatruje się pesymistycznie na prognozę tego rodzaju zapaleń. Mam jednak wrażenie, że do literatury dochodzą tylko wypadki skomplikowane, a większość łagodnych schorzeń tej części wierzchołka kości skalistej znika dla spostrzeżeń klinicznych ze względu na dobrą właśnie prognozę tych zapaleń w przebiegu zwykłych mastoiditów. Czynnikiem rostrzygającym jest niewątpliwie tendencja samowygojenia wierzchołka kości skalistej, na którą zwracają uwagę niektórzy autorzy. Dla przykładu służyć może objaw opadnięcia górno-przedniej ściany przewodu kostnego, który w mniejszym stopniu widzi się czasem w przebiegu zwykłego zapalenia wyrostka sutkowego i nie przypisuje się temu większego znaczenia. *Voss* pierwszy zwraca uwagę na wypuklenie przedniej i górnej części błony bębenkowej w 2-ch przypadkach „petrositis" z 12-tu przez niego podanych. Opadnięcie górno-przedniej ściany w najgłębszym odcinku przewodu zewnętrznego byłoby tylko wyrazem bardziej ścisłego zlokalizowania się sprawy w dolno-zewnętrznej części wierzchołka kości skalistej.

Postępowanie operacyjne technicznie łatwe, acz niezbyt radykalne, polegać będzie na otwarciu części zewnętrzno-dolnej wierzchołka kości skalistej przez ścianę górno-przednią przewodu zewnętrznego i epitympanum; winno jednak być połączone z trepanacją wyrostka, bowiem niewiadomo nigdy w jakiej mierze cały wyrostek sutkowy bierze udział w sprawie zapalnej; byłaby to dla ostrych przypadków „epitympanalna antrotomja" według Vossa.

Reasumując można powiedzieć, że rozwojowo i anatomicznie część zewnętrzno-dolna wierzchołka kości skalistej stanowi odrębną jednostkę; klinika izolowanych ropnych zapaleń tej części przedstawia się zupełnie odmiennie od zapaleń górno-wewnętrznej części wierzchołka kości skalistej. Wszystko upoważnia do wyodrębnienia tej postaci klinicznej.

Literatura

1) Alexander G. „Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter“ 1927 s 221. 2) Alexander G. „Uber latente otitis“—Zeitschrift für H. N. u. Ohrheilkunde. 1926 B. XIV. 3) Altschul Walter „Beitrag zur Roentgenologie des Gehörorganse“ Z. f. H. N. u. Orheilkunde B. XIV s. 355. 1926. 4) Barwich M. und Haard W. „Erfahrungen an 266 Fällen von akuter Mastoiditis“ Z. f. H. N. u. Ohrheilkunde — B. XVI 1926 S. 325. 5) Brock. „Trommelfelldbild und Pneumatisation des Warzentelis, eine roentgenologische Studie“ — Verhandlugen der VI. Jahres versammlung 1926 Zeitschrift f. H. N. u. O. Band XV s. 241. 6) Brunner H. „Uber eitrige Erkrankungen an der Felsenbeinspitze“ Z. f. H. N. u. O. Band XXV. 1930 S. 383. 7) Costiniu et Bernea „Reflexions sur les evidements mastoidiens“ I Congres International d'oto—rhino-laryngologie. 1928. 8) Eagleton Wells. P. „Unlocking of the Petrous Pyramid for Localized Bulbar (Pontile) Meningitis Secondary to Suppuration of the Petrous Apex“. Archives of Otolaryngology 1931. vol. 13, pp. 386 — 422. 9) Eagleton Wells. P. „Localized Bnlbar Cisterna (Pontile) Miningitis, Facial Pain and Sixth Nerve Paralisis and Their Relation to Caries of the Petrous Apex“ Archives of Surgery 1930 vol. 20 pp. 386 — 420. 10) Eckert Möbius A. „Untersuchungestechnik und Histologie des Gehörorgans“ Hanb, Denker—Kahler—B. VI 1926. S. 284. 11) Haymann. „Zur Kenntnis der Entstehung der otogenen Meningitis“ Z. F. H. N. u. O., B. XVIII. 1927. S. 319. 12) Hegener J. „Beziehungen zwischen Ohr und Auge“ Handbuch Denker-Kahler, B. VII. 1926. S. 569. 13) Körner O. „Angewandte Anatomie des Ohres“ — Hndb. Denker-Kahler, B. VI. 1926. 14) Mouret J. et. Portmann G. „La struture anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille“. I Congres Internat. d U.—R.—I. 1928. 15) Oppikofer E. „Uber den extraduralen Abscess der Pyramidenspitze und den gradenigoschen Symptomokompleks“ Z. f. H. N. u. O., B.XXI. 1928 S. 454. 16) Scheibe A. „Meine Lehre von Empyem. Warnung von der Bezeichnung „Mastoiditis“ C. f. H. N. u. O., B. XIV. 1926 S. 555. 17) Steurer. „Anatomische Studien über den Aufbau der Mittelohrschleimhaut und deren Beziehungen zur Zellbildung des Warzenfortsatzes“, Verhandlungen der Geselschaft Deutscher Hals — Nasen und Ohrenärzte — VI Jahresversammlung, 1926. 18) Streit H. „Die Bedeutung bakteriologischer Fragen für die Erkrankungen des Ohres“ Hndb. Denker — Kahler, 1926 B. VI S. 906. 19) Weill G. A. „Le phlegmon zygomatique sous-temporal“, Oto-rhinolaryngologie Internationale“ 1931 N. 10 p. 482. 20) Wittmaack K. „Der Einfluss der Anatomie des Mittelohres auf den Verlauf der Mittelohrentzündungen“ — I Congres Internat d'oto-rhinolaryngologie, 1928. 21) Uffenorde W. „Bemerkungen zu „Partielle Labyrinthresektion“ Z. f. H. N. u. O. B. XIV. 1926, S. 542. 22) Uffenorde W. „Die chirurgischen Erkrankungen des inneren Ohres“. Hndb. Katz-Blumenfeld, Bd. II. 1925, S. 657. 23) Voss. O. „Pyramidenspitzeneinterungen (Petrositis) an der Hand von 12 selbstbeobachteten Fällen“ Acta oto-laryngologica vol. XV. fasc. 2—4. 1931. S. 496. 24) Voss. O. „Indications, technique, resultatas et critique de l'antrotomie epitympanale“ Revue de laryngol., otologie et rhinologie, 1932. N. 2 p. 145. 25) Zange. „Die konservative und chirurgische Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des Innenohres usw. Z. F. H. N. u. O., B. XVIII. 1927 S. I.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z II-giej Polikliniki Łódzkiej Kasy Chorych.

Podał Dr. ZYGMUNT RAKOWSKI.

O zmęczeniu nerwu słuchowego.

Zmęczenie, występujące podczas pracy jakiegoś narządu, lub jakiegoś nerwu, jest faktem uznanym i dowiedzionym w fizjologji; jest ono również udowodnione doświadczeniami *Gartensa* na nerwie czuciowym szczupaków. *Gartens* wykazał, iż po kilkakrotnem podrażnieniu tego nerwu, występuje osłabienie czynnego prądu i to w takim stopniu, że nie można go już dostrzec na galwanometrze.

O wiele trudniejsze są doświadczenia, mające na celu ustalenie zmęczenia w czynnościach błędnika. Badanie czynności błędnika doprowadza do wniosków, mających znaczenie nietylko dla fizjopatologji, lecz dla całego wogóle ustroju.

Nie akustyczna czynność błędnika wyraża się w utrzymaniu muskułów w napięciu, a więc w utrzymaniu równowagi całego organizmu. Zaburzenie błędnika objawia się w postaci oczopląsu, nieprawidłowego reagowania na objaw wskazującego palca („Past pointing" anglików) i t. p.

Z powyższego wynika, iż rezultatów doświadczeń w wyżej wymienionych przypadkach nie należy traktować jako skutków zmęczenia tylko błędnika, gdyż biorą w niem udział nietylko tkanki nerwowe, lecz i grupy mięśniowe.

Dlatego też otologja zajmuje się przedewszystkiem zmęczeniem słuchu, pozostawiając na stronie nie akustyczne czynności błędnika.

Większość autorów nieprawidłowo ujmuje tę sprawę przy doświadczeniach, czynionych przy pomocy przewodnictwa powietrznego, nad zmęczeniem słuchu, gdyż przewodnictwo to jest również uzależnione od udziału w zmęczeniu muskułów jamy bębenkowej. *Wasiljew* dowodzi, iż zmęczenie słuchu występuje silniej przy doświadczeniach, czynionych za pomocą przewodnictwa kostnego i tem samem pokazuje możliwość najlepszego oddziaływania na organ słuchu.

Przewodnictwo kostne jest badane prostym sposobem, przyczem stroik powinien ściśle przylegać do wyrostka sutkowego. Stroik wprowadza się w stan drgania, przykłada się do wyrostka sutkowego i bada się czas przyswajania dźwięku. Po upływie pewnego, określo-

nego czasu (np. $^2/_3$ czasu trwania przewodnictwa kostnego), wprowadza się stroik powtórnie w stan drgania (z tą samą siłą co poprzednio) i po 10-ciokrotnem przykładaniu go do wyrostka sutkowego bada się dokładnie czas pojmowania dźwięku. Różnica między czasem przyswojenia dźwięku za 1-szym i za 10-tym razem, jest wyrazem zmęczenia słuchu.

Przy badaniu stroikiem *C. Gradenigo* (128 drgań na sekundę), normalne zmęczenie słuchu osiąga wartość 5—6 sek.

Niektórzy autorzy (*jak Bezold*) zaprzeczają istnieniu wyłącznego przewodnictwa kostnego, uznając je tylko pod postacią przewodnictwa kostno-bębenkowego. Powyższe zagadnienie zostało wyjaśnione u osobników po przebytej radykalnej operacji, dającej możliwość wyłączenia aparatu ucha środkowego. Przy badaniu zmęczenia słuchu u tych pacjentów, otrzymywano wartości wahające się w granicach 3—12 sek.

Na podstawie doświadczeń, czynionych przez samą naturę i na podstawie wywołanych operacją — okoliczności, których wymagały warunki danego doświadczenia, stwierdzono, iż zmęczenie słuchu musi być sprowadzone do nerwu słuchowego i że jest ono zależne od określonych wahań, znajdujących się w granicach 3—12 sek. i więcej.

Te spostrzeżenia zostały uzupełnione szeregiem eksperymentów, w których udział ucha środkowego został sztucznie wyłączony przez wypełnienie go jakąś masą. Dokonano w tym celu 2-ch doświadczeń:

1. U różnych osób, o zdrowym i równowartościowym organie słuchu, przy badaniu przewodnictwa słuchowego stroikiem C (128 drgań na sek.), wywołano zmęczenie jednego ucha, a potem zrobiono doświadczenie Webera. Lateralizacja wystąpiła tylko przy użyciu stroika C (128 drgań), a przy użyciu innych stroików nie dało jej się stwierdzić.

2. Zatkano jedno ucho watą, aby przeszkodzić jego współdziałaniu i kazano pacjentowi zająć się normalnie pracą. Po upływie 2-ch, 4-ch i 6-ciu godzin pracy watę usunięto i zrobiono doświadczenie *Webera*. Okazało się, że lateralizacja wystąpiła po stronie ucha wypoczętego.

Doświadczenia przeprowadzone w II-giej lecznicy łódzkiej Kasy Chorych.

1. Michał C., lat 52, ślusarz (pracujący w stałym turkocie). Rozpoznanie: przewlekły dwustronny nieżyt ucha. Przewodnictwo kostne, badane stroikiem C (128 drgań na sek.) — 20″ po prawej stronie. Po zmęczeniu nerwu słuchowego, granica pojemności waha się od 12—15 sek.

2. Mieczysław F., lat 14, uczeń ślusarski. Rozpoznanie: nerwoból. Przewodnictwo kostne — 20″; po zmęczeniu nerwu słuchowego: waha się w granicach 12″—15″.

3. Adolf F., lat 36, tokarz (pracujący przy turkocie). Rozpoznanie: przewlekły nieżyt lewego ucha środkowego. Przewodnictwo kostne— 20″. Po zmęczeniu: 12″—15″.

4. Michał B., lat 22, szofer. Rozpoznanie: przerost muszli nosowej. Przewodnictwo kostne: 22″; po zmęczeniu — 14″.

5. Jan P., lat 56, dozorca nocny. Rozpoznanie: dwustronny nieżyt ucha środkowego. Przewodnictwo kostne 40″; po zmęczeniu: 25″.

6. Abram G., lat 29, formiarz. Rozpoznanie: tonsillitis chronica. Przewodnictwo kostne — 45″; po zmęczeniu: — 26″.

7. Jakób A., lat 22, biuralista. Rozpoznanie: dwustronna woskowina uszna. Badanie przeprowadzono po usunięciu woskowiny. Przewodnictwo kostne — 28″ po zmęczeniu: — 17″.

8. Judel L., lat 22, uczeń ślusarski. Rozpoznanie: przewlekłe ropne zapalenie lewego ucha środkowego. Przewodnictwo kostne w prawem uchu: 45″; po zmęczeniu: — 25″.

9. Hersz B., lat 35, rzeźnik. Rozpoznanie: nerwoból uszny. Przewodnictwo kostne — 30″; po zmęczeniu: — 22″.

10. Mieczysław S., lat 11, uczeń. Rozpoznanie: stan po ostrem zapaleniu ucha środkowego. Przewodnictwo kostne: 40″; po zmęczeniu: — 37″.

11. Marjanna Z., lat 19, służąca. Rozpoznanie: nieżyt gardła. Przewodnictwo: 46″; po zmęczeniu: — 30″.

12. Marja W., lat 25, służąca Rozpoznanie: suchy nieżyt gardła; błony bębenkowe normalne. Przewodnictwo kostne — 48″; po zmęczeniu: — 30″.

13. Regina S., lat 17, dziewczyna na posyłki. Rozpoznanie: nieżyt gardła. Przewodnictwo kostne: 46″; po zmęczeniu — 32″.

14. Ita W., lat 37, służąca. Rozpoznanie: prawostronne ropne zapalenie ucha środkowego; lewe ucho bez zmian. Przewodnictwo kostne: 38″; po zmęczeniu — 25″.

15. Frania., lat 25, cerowaczka. Rozpoznanie: przewlekłe ropne zapalenie jam nosowych; Uszy zdrowe. Przewodnictwo kostne: 30″; po zmęczeniu — 18″.

16. Rachla R., lat 27, cerowaczka. Rozpoznanie: rhinitis chronica. Przewodnictwo kostne: 28″; po zmęczeniu nerwu słuchowego—16″.

Stwierdzono również wpływ pracy zawodowej na zmęczenie słuchu. Przeprowadzono szereg doświadczeń na: robotnikach fabrycznych, muzykach, szoferach, robotnicach fabrycznych, oraz na pracownikach umysłowych, pracujących w względnej ciszy, badając słuch przed i po pracy. Doświadczenia powyższe wykazały we wszystkich przypadkach, zmęczenie słuchu po pracy. U pracowników umysłowych występuje ono po pracy, u robotników, pracujących przy turkocie maszyn — po kilku godzinach pracy, a u kobiet, robotnic fabrycznych. po upływie krótszego czasu niż u robotników fabrycznych.

Prof. D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z oddziału oto-ryno-laryngologicznego Szpitala Żydowskiej Gminy Wyznaniowej w Krakowie.
(Ordynator Dr. *Adolf Schwarzbart*).

Przypadek ropnia Citelli'ego w X-tym miesiącu Księżycowym ciąży. Operatio. Sanatio.

Dr. ADOLF SCHWARZBART.

(Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe Polskiego Tow. otolaryngologicznego w grudniu 1931 r. we Lwowie).

W roku 1901 *Citelli* opisał typ zewnątrzczaszkowego ropnego powikłania zapalenia ucha środkowego, przejawiający się na zewnątrz przedewszystkiem w powstaniu głębokiego ogniska ropnego w okolicy karkowej. Mechanizm tego powikłania jest następujący: po większem lub mniejszem zajęciu kości wyrostka sutkowego powstaje odrębne ognisko ropne wewnątrzczaszkowe, lecz pozaoponowe przy podstawie czaszki w sąsiedztwie móżdżku lub zatoki esowatej. Ognisko to, rozprzestrzeniając się drogą jednego z preformowanych połączeń do okolicy pozaczaszkowej umiejscawia się wgłębi mięśni szyjnych wzgl. karkowych. Z połączeń tych należy wymienić emissarium mastoideum, sutura temporo — wzgl. mastoideo — occipitalis, foramen parastylomastoideum. Przypadki tego typu opisywane były przez szereg autorów jak *Urbantschitsch*, *Clamida*, *Leidler*, *Stratz*, *Caliceta*, *Carco*, a u nas przez *Reinerta*, *Laskiewicza* i *Wąsowskiego*. Najrzadziej spotyka się jako drogę rozszerzania się sprawy ropnej otwór kołorylcowo — sutkowy. Przypadek poniżej opisany należy właśnie do tej grupy.

Wywiad: Pacjentka Berta G. lat 27 z Krosna zgłasza się z powodu bólów głowy, które zacząć się miały przed tygodniem i stają się z dnia na dzień silniejszemi, przyprawiając pacjentkę o bezsenność. Od tego samego mniej więcej czasu pacjentka zauważa obrzmienie na karku bolesne przy dotknięciu, które z dniem każdym zwiększa się. W szpitalu, na prowincji proponowano jej rzekomo ambulatoryjne nakłucie w celu wypuszczenia ropy, upewniając o nieznaczności zabiegu. Bliższy wywiad wykazuje, że przed dwoma miesiącami miała pacjentka krótkotrwały wyciek z prawego ucha połączony z przytępieniem słuchu, poprzedzony bólem i gorączką, a leczony kroplami

usznemi i okładami. Wkrótce (po kilku dniach) wyciek ustąpił i słuch się poprawił. Odtąd objawy te nie powtórzyły się.

Status praesens dnia 4.X. 1931: Kobieta dobrze zbudowana, miernie odżywiona o cerze nieco bladej. Temp. 36.5^0, tętno 96 regularne, miernie napięte. Na karku po stronie prawej wyniosłość wielkości mandarynki, pokryta prawidłową skórą, nie odgraniczona ostro od otoczenia, przy dotknięciu tkliwa. Ku przodowi kończy się na jakie 2 cm. poza tylną granicą wyrostka sutkowego. Ta dzieląca przestrzeń jakoteż sam wyrostek nie przedstawiają żadnych zmian. Przy palpacji wyniosłość ta okazuje się głębokim naciekiem konsystencji twardej bez wyraźnego chełbotania. Poniżej wyrostka i przed nim, mniej więcej w okolicy przyusznicy, nieznaczny, niebolesny obrzęk w dotknięciu miękko-elastyczny, od samego wyrostka odgraniczony. Ruchy obrotowe głowy cokolwiek upośledzone.

Prawe ucho: w przewodzie zewnętrznym nieliczne łuski starej zaschłej wydzieliny, zresztą przewód bez zmian. Błona bębenkowa zmacerowana, niejednostajnie szaro-różowawa, bez wyraźnie widzialnych szczegółów, bez wypuklenia i bez perforacji, przy dotknięciu sondą mało wrażliwa. B. sł.: V. 1—2 m., v. a. c. Rinne ujemny. — Lewe ucho bez zmian. *Weber* na prawo. Schwabach przedłużony. Objawów błędnikowych nie stwierdza się. Pozostałe badanie rynolaryngologiczne jakoteż badanie internistyczne nie wykazuje zmian patologicznych. Jedynie badanie moczu wykazuje ślad białka, a próba *Fehlinga* wykazuje, lecz tylko jeden raz, ślad redukcji w moczu. Badaniem ginekologicznem stwierdza się początek 10-go miesiąca księżycowego ciąży. Płód żywy.

Punkcja nacieku na karku wykazuje w głębokości 3-ch cm. w kierunku lekko ku przodowi gęstą ropę, w której hodowlą stwierdzono łańcuszkowce niehemolityczne.

Badanie roentgenologiczne nie wykazuje zmian wyraźnych w kości skalistej ani w wyrostku sutkowym. Zatoka esowata w dolnej części przedłużona.

Poddając analizie stwierdzone symptomy, znajdujemy, pomijając ciążę, z jednej strony oznaki przebrzmiałej sprawy zapalnej prawego ucha środkowego z wyraźnemi śladami zmian anatomicznych w obrębie błony bębenkowej i zmian czynnościowych w zakresie bystrości słuchu i przewodnictwa dla dzwięków, — z drugiej głębokie ognisko ropowicowe wśród mięśni karkowych po stronie odpowiadającej choremu uchu. Mimo braku zewnętrznej ciągłości anatomicznej uważaliśmy za

stosowne, ze względu na zakaźno-zapalne tło wspólne— złączyć obie sprawy w jedną całość kliniczną i uważać ropowicę karkową jako późne powikłanie sprawy usznej o typie Citelli'ego t. j. z ukrytemi głębokiemi zmianami kostnemi. Zabieg operacyjny wykonany dnia 16.X. w uśpieniu eterowem potwierdził słuszność tego zapatrywania. Cięcie typowe za uchem na wyrostku sutkowym. Na głębokości 1 cm. pod warstwą zbitą na planum mastoideum natrafiłem na komórki, z których wydobywa się ropa pod ciśnieniem. Kilka dalszych komórek wypełnia częścią ropa, częścią ziarnina. Reszta wyrostka o budowie gąbczastej na dużej przestrzeni rozmiękła. Podobne zmiany w bliskości tegmen tympani. I tam znajdują się komórki, z których wydobywa się ropa pod ciśnieniem. Blaszka kostna epiduralna nie zmieniona. Antrum i aditus ciasne. Największe zmiany przedstawia kość ku tyłowi. Sięgają one do ściany zatoki esowatej, która okazuje się szorstką, silnie zgrubiałą i gdzieniegdzie pokrytą zarniną. Ku górze w okolicy pierwszego kolana przybiera wygląd prawidłowy. Natomiast ku dołowi zmiany wybitnie się powiększają, zmuszając do szerokiego odsłonięcia w kierunku bulbus v. jug. i do usunięcia całego wyrostka. W miejscu wysuniętem bardzo ku przodowi i na wewnątrz, w najbliższem sąsiedztwie foramen stylo—mastoideum i nerwu twarzowego, który zostaje odsłoniętym, dobywa się od dołu kilka kropel ropy z części miękkich. Dłutując stąd ku tyłowi w kierunku incisura digastrica i oddzielając przyczepione tam mięśnie (m. digastricus), odsłania się dostęp do dużego zbiornika ropnego, komunikującego się z opisanym na wstępie naciekiem karkowym. Dostęp ten na tępo rozszerzono i drążąc pod mięśnie karkowe, wykonano na karku kontrincyzję pionową, długą na 5 cm. Śledząc w kierunku ku dołowi, stwierdzono mały zbiornik ropy idący na głębokość 3 cm. pod okolicę wyrostka w kierunku ku wielkim naczyniom szyjnym, któremu odpowiadało mniejsze, opisane na wstępie obrzmienie. Zbiornik ten wysetonowano, a z rany głównej przeprowadzono dren do kontrincysji.

Ropa zawierała oprócz podanych już łańcuszkowców kolonje gronkowców.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, jednakże kilka godzin po zabiegu występuje lekki niedowład nerwu twarzowego. Niedowład ten utrzymuje się dwa tygodnie bez zmiany, poczem przy stosowaniu prądu galwanicznego i faradycznego zmniejsza się.

1.XI. wycofano dren z przedniej rany, zostawiając go w tylnej.

4.XI. usunięto dren tylny i seton z przedniego zbiornika ropy.

8 XI. lekkie objawy zatrzymania ropy zmuszają do ponownego wprowadzenia drenu — z pewną trudnością do tylnej przetoki na głębokość 3-ch cm.

12.XI. definitywne usunięcie drenu.

17.XI. rana z tyłu zagojona, z przodu przeważnie zabliźniona.

18.XI. poród kleszczowy żywego i donoszonego syna.

28.XI. obie rany zagojone. Utrzymuje się nieznaczny ślad porażenia nerwu twarzowego. Pacjentkę pozatem zupełnie zdrową zwolniono.

Epikryza: Rozpatrując dany przypadek, dochodzimy do wniosku, że spostrzegane tu powikłanie odpowiada częściowo typowi *Bezolda*, częściowo *Citelli'ego*. Zmiany ropne drążyły poprzez głębsze części wyrostka pod znacznem ciśnieniem po części w kierunku średniego dołu czaszkowego, gdzie jednak napotykały na opór zbitej blaszki kostnej epiduralnej, częściowo ku dołowi do okolicy podwyrostkowej, a głównie ku wewnątrz i tyłowi do okolicy foramen parastylomastoideum i fossa digastrica. W tym ostatnim kierunku drążyły zmiany głównie wzdłuż zatoki esowatej, której ściana również stawiła opór wtargnięciu zakażenia. Uderzającym w naszym przypadku jest skryty i późny w stosunku do pierwotnego schorzenia usznego przebieg zakażenia. Tłumaczyć go można częściowo budową wyrostka, częściowo zaś względnie dobrotliwym charakterem infekcji. Możliwe jest, że pewne czynniki endogeniczne, spowodowane ciążą nie są tutaj pozbawione pewnego znaczenia. W każdym razie uderzającym jest stosunkowo nierzadki zbieg abscesu późnego typu *Citelli'ego* z ciążą. O tym względnie dobrotliwym charakterze zakażenia świadczy w naszym przypadku nietylko bardzo skąpy zespół odczynów ogólnych u pacjentki, jak temperatura, tętno, stan ogólny, lecz także obraz ciałek białych krwi, który przez cały czas choroby był prawidłowy. Jeden z nich przedstawiał się nast.: Leukoc.: 5000, pałeczek 5%, segmentów 57%, monocytów 5%, limfoc. 32%, eozynofil. 1%. Inne wyniki badania w ciągu całego czasu obserwacji były podobne.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kazuistyki schorzeń górnych dróg oddechowych.

Podał Dr. BERNARD SONNENSCHEIN (Lwów).

I. Ciała obce w nosie.

Przypadek 1. Danuta S., lat 4, wedle zapodań matki cierpi od sześciu tygodni na wyciek śluzoworopny z jednego otworu nosowego; wyciek ten był badany bakterjologicznie na laseczniki dyfterytyczne z wynikiem negatywnym. Zdjęcia roentgenowskie i dotychczasowe gdzieindziej zastosowane leczenie pozostało bez efektu. Wywiad w kierunku ciała obcego ujemny.

Przy badaniu u mnie poza stwierdzeniem wycieku śluzowo-ropnego z nosa, nie można było chorej z powodu oporu, zbadać. Ponowne zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie jamy górnoszczękowej prawej i okolicy komórek sitowych. Ciała obcego zdjęcie nie wykazało. Mimoto nie zrezygnowałem z myśli o niem. Celem zróczniczkowania rozpoznania i w związku z tem zabiegu przystąpiłem do znieczulenia powierzchownego przewodów nosowych zapomocą pasków watowych, co mi jednak, mimo godzinnego blizko starania i przekonywania dziecka, nie udało się. Żadna siła fizyczna nie mogła utrzymać dziecka w spokojnej pozycji. Do narkozy, mimo nalegań w tym kierunku matki, przejść nie chciałem, licząc się ciągle z ewent. obecnością ciała obcego, którego usunięcie jest zbyt krótkotrwałe, ażeby je przeprowadzać w uśpieniu ogólnem. W ostateczności może byłbym zmuszony do tego. Postanowiłem sondować nos „na ślepo" (bez rynoskopji równoczesnej), ale odrazu haczykiem do usuwania ciała obcego *Zaufala* z wykonaniem przepisowego nim ruchu. Istotnie w fazie wyjęcia haczyka z nosa, spowodowanej gwałtownem cofnięciem głowy przez dziecko same, wyczułem w przewodzie nosowym środkowym opór ze strony jakiegoś ciała ruchomego o nierównej powierzchni. Rzeczywista obecność c. o. w nosie nie ulegała dla mnie już więcej żadnej wątpliwości. Po osadzeniu dziecka z powrotem w snopie światła okazała się w otworze nosowym na wpół wystająca zasuszona pestka arbuza, którą już pincetą ująłem. Po dwóch dniach wyciek śluzowo-ropny ustąpił.

Przypadek ciekawy ze względu na niemożność dokładnego zbadania i na podstawie tego z góry przemyślanego leczenia wzgl. zabiegu, ze względu na konieczność myślenia o ciele obcem w każdym wypadku jednostronnego ropienia nosa u dziecka.

Przypadek 2. Marja W., lat 21, zapodaje uczucie zatkania nosa z jednej strony, od lat czterech, bez objawów kataralnych. Przy rynoskopji przedniej stwierdziłem po stronie lewej na przednim końcu muszli nosowej dolnej zaschniętą wydzielinę, zasłaniającą dolny przewód nosowy. Podczas usunięcia tejże przy zamknięciu pincety, wyczułem twardy opór, poczem spostrzegłem jakieś ciało obce, barwy wiśniowej, wypełniające cały przewód nosowy dolny. Wyjęcie tego c. okazało kawałek drzewa długości ok. $5^1/_2$ cm., średnicy w największym przekroju ok. 1 cm., na przednim końcu ok. 8 mm., na tylnym końcu ok. 6 mm. Przy dodatkowym wywiadzie dowiedziałem się, że dostało się ono do nosa przed czterema laty niespostrzeżenie w czasie upadku z płotu.

Przypadek ciekawy ze względu na brak od samego początku jakichkolwiek objawów nieżytowych w nosie przy obecności c. o.

II. Kilak przegrody nosowej.

M. J., lat 40, zamężna zapodaje, iż przed 8 tygodniami, z powodu utrudnionego od niedawnego czasu oddychania przez nos, poddała się zabiegowi operacyjnemu u lekarza-specjalisty, który rozpoznał u niej skrzywienie przegrody nosowej. Gdy po operacji dolegliwości jej nie ustąpiły, po 5 tygodniach udała się do drugiego lekarza, który orzekł, rozpoznając to samo schorzenie, konieczność powtórnego zabiegu z powodu niezupełnie przeprowadzonej pierwszej operacji. Już w czasie pierwszej konsultacji chora miała na podniebieniu twardem mały „guzek zaczerwieniony“, który, zwiększając się nieco, do czasu drugiej konsultacji uległ rozpadowi, zamieniwszy się we wrzód.

Podczas badania stwierdziłem w nosie po stronie prawej: stenozę, wywołaną przez kulisto wypukloną u dołu przegrodę, a na niej w przedniej dolnej części pionowy szczelinowaty otwór o brzegach gładkich, odpowiadający cięciu operacyjnemu, z otworu wyciekającą ropę, nieco cuchnącą. Sondowanie miejsca wypuklonego natrafia na opór elastyczny, wywołany raczej przez obrzęk wzgl. naciek, a nie przez chrząstkę. Po lewej stronie nosa obrzęk błony śluzowej przegrody nosowej.

Na podniebieniu twardem w linji środkowej wrzód, wielkości dwudziestogroszówki, o brzegach zygzakowatych, podminowanych,

z zaczerwienieniem dokoła, o dnie pokrytem nalotem słoninowatym przy sondowaniu konsystencji miękkiej, serowatej. Kość podniebienna w obrębie wrzodu chropowata, perforacji nie wykazuje.

W przypadku tym nasunął mi się odrazu związek między obrazem zmian w nosie i na podniebieniu. Badanie histologiczne brzegu wrzodu podniebiennego wykazało tkankę zapalną ziarninową. Wassermann (+)[4]. Terapja specyficzna wprowadziła w ciągu 10 dni zupełną drożność nosa, a po 16 dniach promieniste zabliźnienie wrzodu podniebiennego.

III. Poliarthritis rheumatica recidivans propter tonsillectomiam.

A. A. zgłosił się do mnie poraz pierwszy przed pięciu laty z dolegliwościami gardlanemi w formie bólów usadowionych z boku gardła u nasady języka pomimo przebytej tonsillektomji, równocześnie z bólami w gardle występują bóle w stawach, w mięśniach, stan podgorączkowy.

Podczas badania stwierdziłem: rozpulchnienie wałów bocznych (Seitenstränge), w niszach migdałkowych nic patologicznęgo ani nieprawidłowego nie znalazłem, zęby dolnej szczęki są zaopatrzone plombami. Zaleciłem choremu poddać uzębienie zdjęciu roentgenowskiemu, czego jednak z braku zrozumienia celowości tego nie uczynił. Po pewnym czasie zgłosił się z prośbą o przepisanie leków celem uśmierzenia jego dolegliwości, które po lekach ustąpiły, ale po kilku miesiącach znowu powróciły. Chory powtarzał poprzednie lekarstwa tym razem jednak bez dodatniego działania, aż potem dolegliwości same ustąpiły. Stan taki kilkakrotnie co pewien czas się powtarzał. W ciągu obserwacji chorego zawsze go namawiałem do zdjęcia roentgenowskiego zębów, przez ten czas niepoddawanych kontroli stomatologa, a w których przyjmowałem punkt wyjścia dla infekcji organizmu.

Przed czterema miesiącami wystąpiło ropne zapalenie okostnej dokoła poprzednio podejrzanych zębów z temperaturą, bólami gardła, mięśni karkowych i stawów. Po usunięciu zębów wszystkie dolegliwości ustąpiły.

IV. Ropień dolnomigdałkowy.

U kol. D-ra A. N. w 24 godzin po ustąpieniu zapalenia gardła szkarlatynowego (angina scarlatinosa) wystąpił ból w okolicy krtaniowej, promienujący w stronę ucha. Badanie objektywne wykazało:



1. Zdjęcie przednio-tylne okolicy krtaniowej.



2. Zdjęcie przednio-tylne okolicy krtaniowej u tego samego chorego.

obrzęk chrząstki nalewkowej lewej, wypełniający wejście do zatoki gruszkowatej. Temperatura 37.8, migdałki bez zmian. Wobec silnej

pobudliwości przy badaniu nie można było niczego więcej stwierdzić. Obrzęk chrząstki utrzymywał się przez kilka dni przy zmiennem nasileniu dolegliwości. W 6-tym dniu w czasie dławienia, wywołanego badaniem, udało się stwierdzić równocześnie pęknięcie ropnia w obrębie dolnego bieguna łuku podniebienno - gardłowego. Bliższe badanie okazało wypuklenie wrzecionowatej dolnej części wspomnianego łuku, które pierwotnie robiło wrażenie skurczu mięśniowego gardła.

V. Perichondritis laryngea acuta.

U A. Ch. z rozpoznaniem perichondritis arytenoidea sin. zostało dokonane zdjęcie roentgenowskie, celem wykluczenia obecności ciała obcego, które wykazało ciało obce, jednak po stronie prawej (rys. 1).

Ponowne zdjęcie nie wykazało ciała obcego (v.! zdjęcie 2)



3. Fragment zdjęcia czaszkowego

Bliższe dociekania takich odmiennych obrazów roentgenowskich nasunęły mi myśl o jakimś błędzie w kasecie filmowej, której potwierdzenie znalazłem przy innem zdjęciu czaszkowem (v.! zdjęcie 3). wykonanem u tego samego roentgenologa. Przy porównaniu tych zdjęć, na płycie mlecznej oświetlonej, przez nałożenie filmów jednego na drugi, dał się błąd kasetowy, wywołujący skazę na filmach, zidentyfikować.

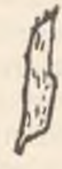
Przypadek ciekawy ze względu na wadę techniczną kasety, niszczącą filmy i dającą mylny obraz ze skutkami nieobliczalnemi (n. p. zabiegiem zewn. na krtani).

VI. Ciało obce w krtani.

Przypadek zasługujący na krótkie wspomnienie ze względu na rzadkość igły dentystycznej w krtani, która przy połknięciu sliny dostała się w chwili pozostawienia jej w kanale zębowym w celu sięgnięcia po watę.

VII. Ciało obce w przełyku.

U. M. B. w czasie spożycia kiełbasy, nabytej w wędliniarni, wystąpił ból w okolicy mostka. Przy laryngoskopji niczego nie stwierdziłem. Zaleciłem zdjęcie roentgenowskie, które wykazało cień w obrębie przełyku na wysokości 3-go żebra, wywołany przez zatrzymanie się mieszanki barowej. W ezofagoskopji usunąłem kosteczkę, długości około 14 mm (v. rycinę).



Kość usunięta z przełyku.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Czy do powstania gruźlicy krtani konieczne są zmiany troficzne w jej tkankach?

ZYGMUNT SREBRNY (Warszawa).

Pytanie, w nagłówku artykułu niniejszego postawione, zostało wywołane oryginalną w pomyśle teorją prof. *Erbricha* [1]).

Dziwnym trafem nikomu dotychczas nie przyszło do głowy zabrać głos w tej sprawie. A może traf to u nas i niedziwny, nie po raz pierwszy bowiem to się zdarza. Niech sobie ktoś z taką, czy inną teorją wystąpi, nie robi to u nas przeważnie na nikim wrażenia, przechodzi się nad tem do porządku dziennego. I źle się czyni. Bo czy teorja jest słuszna, czy niesłuszna, czy jest możliwa do przyjęcia, czy też zawiera łatwo dostrzegalne błędy, nie godzi się jej lekceważyć, lecz poprzeć lub odrzucić. Wszak nawet w razie uznania teorji za błędną autorowi jej zależy na tem, aby wywołać dyskusję, autor pragnie mieć dowód, że poglądy jego obudziły zainteresowanie, woli krytykę ujemną, aniżeli przejście nad sprawą bez dyskusji do porządku dziennego.

To zdawanie sobie sprawy z ambicyj autorskich każdego twórcy teorji naukowej skłoniło mnie do wszczęcia dyskusji na temat poglądów prof. *Erbricha* na powstawanie zmian gruźliczych w krtani.

---

[1]) Feliks Erbrich. Gruźlica Krtani w dziele zbiorowem p. t. Gruźlica i jej zwalczanie. Warszawa 1927.

Teorja ta w krótkości brzmi, jak następuje: „Gruźlica krtani jest to cierpienie przewlekłe, charakteryzujące się swoistemi naciekami i owrzodzeniami oraz zmianami wtórnemi nieswoistemi, doprowadzającemi do zaburzeń fonacyjnych, przełykowych i oddechowych, powstałemi w następstwie uległych swoistemu zakażeniu zmian troficznych, wywołanych przez zmiany w szczycie płuc“. Wyraźniej zaś i bardziej szczegółowo: Blizny w szczytach płucnych wywierają wpływ drażniący na włókna naczynioruchowe nerwu współczulnego. „Włókna naczynioruchowe układu współczulnego krtani, odchodzące od głównego pnia współczulnego szyi, znajdują się w okolicy pozaobojczykowej tylnej, przylegają do sklepienia szczytu płuc, kierują się stąd do naczyń krtani, bądź jako włókna samodzielne, bądź też wchodzą w skład nerwu wstecznego. Wskutek blizn sklepienia szczytu płuc, powstałych w następstwie gruźlicy płuc, włókna współczulne naczynioruchowe ulegają stałemu drażnieniu, co w następstwie doprowadzić musi do skurczu naczyń, do upośledzenia krążenia miejscowego, stąd do wadliwego odżywiania tkanek krtani, uwydatniającego się, zależnie od stopnia zaburzeń włókien naczynioruchowych, bladością, stanem zanikowym lub wreszcie obrzękiem błony śluzowej krtani“.

Te zaburzenia w odżywianiu tkanek krtaniowych umożliwiają dopiero zagnieżdżonym w nich lasecznikom wywołanie zmian gruźliczych, sam bowiem fakt przeniknięcia ich do tkanek bez zaburzeń troficznych nie wystarcza do wywołania tych zmian.

Nie będę się spierał z prof. *Erbrichem* o to, czy istotnie anemja błony śluzowej krtani, zaniki oraz obrzęki są następstwem zaburzeń troficznych, wywołanych podrażnieniem układu współczulnego, bo na to trzebaby było specjalnych badań, jeżeli wogóle wykazanie takiego stanu „podrażnienia“ jest możliwe. Robię nawet to ustępstwo, że nie kwestjonuję pod tym względem poglądu autora teorji. Bo wszak nie o to mi idzie, lecz o sprawę niezbędności zmian troficznych dla powstawania gruźlicy krtani.

Na poparcie swej teorji podaje *Erbrich* liczne argumenty, które rozpatrzymy krytycznie po kolei.

Argumentem najważniejszym jest teza, głosząca, że niema gruźlicy krtani bez gruźlicy płuc. Tej tezie naczelnej przeciwstawić można spostrzeżenia *Hellera, E. Fraenkla, Demmego, Pogrebinskiego* i *Ortha*, którzy na stole sekcyjnym stwierdzali niewątpliwą pierwotną gruźlicę krtani, to jest brak zmian gruźliczych w jakimkolwiek innym narządzie, specjalnie w płucach. Nie mogę tu bliżej podać wyników badań sekcyjnych pierwszych czterech autorów, gdyż nie

posiadam oryginałów ich prac, natomiast jestem w możności dosłownego przytoczenia opinji *Ortha*[2]), którego podręcznik anatomji patologicznej leży przedemną: „Jedynie w bardzo rzadkich przypadkach krtań dotknięta bywa pierwotnie sprawą gruźliczą, jednak zbyt daleko idą ci, którzy faktu tego wogóle nie uznają: ja sam stwierdziłem sekcyjnie doskonały przypadek pierwotnej gruźlicy, w którym u młodego żołnierza pomimo rozległego wrzodziejącego zniszczenia krtani płuca były nietknięte". Przygotowany jestem na zarzut, że izolowana gruźlica krtani stwierdzana była na stole sekcyjnym wyjątkowo, a wyjątek potwierdza regułę. Dlaczego jednak sekcyjne dowody istnienia pierwotnej gruźlicy krtani są tak rzadkie? Dlatego, że z powodu izolowanej gruźlicy krtani nikt nie umiera, dopiero późniejsze wtórne zakażenie innych narządów, głównie płuc, staje się przyczyną śmierci. Przypadki stwierdzonej na stole sekcyjnym pierwotnej gruźlicy krtani dotyczyły osobników, którzy zmarli na skutek innej choroby lub wypadku. Żołnierz *Ortha* był zabity przez jakiś ciężar, który spadł mu na głowę, inni zmarli skutkiem uduszenia w braku odpowiedniej pomocy chirurgicznej. Ale właśnie takie wypadki lub przypadkowe inne śmiertelne choroby zdarzają się w przebiegu gruźlicy rzadko, i to, jak powiedziałem, jest przyczyną rzadkiego konstatowania na sekcji pierwotnej gruźlicy krtani.

Zajmijmy się innemi dowodami, wysuwanemi przez *Erbricha* na korzyść jego teorji. Bladość błony śluzowej krtani nie zależy od niedokrwienia błony śluzowej, wywołanej intoksykacją gruźliczą, powiada *Erbrich*, lecz od zmian troficznych. Gdyby istotnie jady gruźlicze były przyczyną niedokrwienia, kontynuuje *Erbrich*, to „dlaczegoby bladość ograniczała się jedynie do krtani, nie obejmując błon śluzowych jamy ustnej, warg, policzków i t. d.". Tu muszę zauważyć że już niemal od początków laryngoskopji bladość podniebienia (a więc części jamy ustnej) była rejestrowana jako objaw wczesny gruźlicy krtani.

Dlaczego, pyta *Erbrich*, lasecznik *Kocha*, znajdowany na błonie śluzowej krtani, nie wywołuje zmian gruźliczych stale, tylko jedynie tam, gdzie poprzedzały zmiany troficzne, wyrażające się bądź bladością, bądź naciekiem, bądź obrzękiem błony śluzowej? Na to daje nam odpowiedź bakterjologja, która już oddawna uznaje nosicielstwo bakteryj, to jest stwierdza ich obecność u ludzi zdrowych. Je-

---

[2]) Orth. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie I Bd. 1887.

żeli może istnieć nosicielstwo błonicy, nie ulegające żadnej wątpliwości, dlaczegobyśmy nie mogli tego przyjąć dla gruźlicy?

Dlaczego gruźlica krtani nie powstaje we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc? Według prof. *Erbricha* dlatego, że „blizny opłucnej... sklepienia płuc, zależnie już tylko od specjalnego ich układu, a więc ich siedziby i stosunku anatomicznego do włókien współczulnych, naczynioruchowych lub do pnia nerwu wstecznego, w jednych przypadkach działają stale drażniąco na włókna, w innych nie wywierają żadnych uszkodzeń, w innych znowu doprowadzają do zupełnego przerwania ich przewodnictwa". Czy ten „specjalny układ" blizn nie jest trochę naciąganym argumentem dla obrony teorji niezbędności zmian troficznych? Czy nie przemawia bardziej do przekonania locus minoris resistentiae, albo nadużycia głosowe, czy też inne szkodliwości, działające specjalnie na krtań: kurz, pył, gazy drażniące?

Bardzo silne bóle, występujące w przebiegu gruźlicy krtani, mają też przemawiać za teorją autora. „W żadnem cierpieniu przewlekłem krtani, ani w przebiegu kiły, ani nowotworów złośliwych, pomimo, że w pewnym okresie ich rozwoju zmiany w krtani nie różnią się od zmian gruźliczych, nie występują tak gwałtowne bóle, jak w przebiegu gruźlicy krtani". Nie mogę potwierdzić tego zdania. Widywałem w przebiegu raka krtani takie sztraszne bóle, że chorzy błagali o operację, którаby ich od tych bólów uwolniła. *Chiari* [3]) w swoim podręczniku chorób krtani i tchawicy pisze, że należy chorych, dotkniętych rakiem krtani, namawiać do wyłuszczenia tego narządu już choćby dlatego, aby zaoszczędzić im nieludzkich męczarni, jakie ich czekają.

„Na podstawie takich poglądów (to jest niezbędności zaburzeń troficznych) na powstawanie gruźlicy krtani wytłumaczyć się da dotychczas zagadkowy fakt rzadko spostrzeganej gruźlicy krtani u małych dzieci. Odmienny początek rozwoju gruźlicy płuc u dzieci, zaznaczający się powstawaniem zmian nie w górnych, jak przeważnie bywa u dorosłych, ale w dolnych płatach płuc, jakoteż szybki zwykle przebieg cierpienia albo wyjątkowo doprowadzają do zmian bliznowatych opłucnej w obrębie sklepienia szczytu płuc, albo też nie takich, które w sposób przez nas podany oddziaływaćby mogły na układ współczulny krtani". Teorja ta, broniona niegdyś przez Francuzów, już dawno upadła. Od czasu badań roentgenowskich ujawnia-

---

[3]) O Chiari. Chirurgie des Kehlkopfes u. der Luftroehre. 1916.

nie zmian gruźliczych w górnych płatach płuc u dzieci jest zdarzeniem codziennem. Z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że w ciągu ostatniego tylko roku widziałem na oddziale gruźliczym kol. *Gantza* [4]) w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów troje dzieci, dotkniętych gruźlicą krtani: u dwojga zmiany dotyczyły górnych płatów płuc, u jednego sprawa była rozsiana, tak, że o jej początku nic sądzić nie można było.

Tyle przeciwko argumentom prof. *Erbricha*.

A teraz zapytanie: Dlaczego krtań w patogenezie gruźlicy ma wymagać jakichś specjalnych warunków, to jest zaburzeń troficznych? Dlaczego bez tego czynnika tylko w krtani nie może powstać gruźlica? Nie mówię już o gruźlicy płuc, ale pytam się, jak powstaje u suchotnika np. gruźlica nerek lub jądra? Przecież tu nie może być mowy o wpływie podrażnienia układu współczulnego, wywołanego bliznami szczytów płucnych. Nie możemy w żaden sposób w patogenezie gruźlicy wyznaczyć krtani jakiegoś uprzywilejowanego miejsca.

Rozpatrzywszy tedy krytycznie misternie, przyznać trzeba, zbudowaną teorję patogenezy gruźlicy krtani prof. *Erbricha*, nie widzę konieczności istnienia zmian troficznych w tkankach tego narządu dla powstania w nim gruźlicy. Zgadzając się w zupełności z autorem omawianej teorji, że dużo jeszcze jest znaków zapytania w zagadnieniu gruźlicy, sądzę, że musimy tymczasem zadawalać się teorją konstytucjonalną, czyli wrodzonem usposobieniem, czy też wrodzoną wątłością tkanek pewnych narządów, wątłością, sprzyjającą lasecznikowi *Kocha* w jego pracy destrukcyjnej.

---

[4]) Za łaskawe pozwolenie korzystania z materjału składam tu podziękowanie kol. Gantzowi.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

O pewnych zboczeniach w budowie małżowiny usznej.

Podał Prof. JAN SZMURŁO (Wilno).

Postać i wielkość małżowiny usznej oddawna zwracały na siebie uwagę zarówno lekarzy jak i antropologów, a nawet kryminologów. Liczne i szczegółowe badania ustaliły typową postać małżowiny i posegregowały różne od niej odchylenia. Badania antropologiczne, przeprowadzone na przedstawicielach różnych ras i narodowości, pozwoliły określić charakterystyczne cechy małżowin u różnych narodów. W badaniach tych wzięła również udział i Klinika Wileńska, przeprowadzając szereg pomiarów i badań nad formą małżowiny usznej u ludności na terenie Wileńszczyzny. Badania te wykonał Dr. Jan Pieńkowski i ogłosił w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym. Są to, zdaje się, pierwsze badania tego rodzaju na ziemiach polskich.

Na szczególną uwagę zasługują zboczenia wszelkiego rodzaju w budowie małżowin. Zboczenia te są wyrazem zaburzeń rozwojowych, dotyczących często nie tylko małżowiny usznej, ale i głębszych części ucha, nieraz całego błędnika, a nawet i innych narządów. W wielu razach na zboczenia takie należy się zapatrywać jako na cechę zwyrodnienia i dla tego tak wiele uwagi poświęcają im neurologowie i psychjatrzy, pilnie bacząc u swoich pacjentów na postać i formę usznej małżowiny. Jak wiadomo, początek jej daje pierwszy łuk skrzelowy, gdzie naokoło pierwszej szczeliny skrzelowej w pierwszych dwuch miesiącach życia płodowego powstaje sześć guzków i dwa fałdy, które zamykają szczelinę i służą następnie za materjał do wytwarzania przyszłego skrawka, obrąbka, przeciwskrawka i grobelki. Płatek rozwija się według *Hisa* z szóstego guzka, według zaś *Dreyfussa* z dolnej części tylnego fałdu. Chrząstka rozwija się z bocznych części obu łuków trzewiowych w postaci trzech odcinków, zrosłych ze sobą w tylniej części, w przedniej pozostają one dłuższy czas rozdzielone, zrastają się zaś ostatecznie pod koniec życia płodowego. Pozostałością niezupełnego zrostu są szczeliny *Santoriniego.*

Znaczna liczba pierwiastków zarodkowych, składających się na wytworzenie małżowiny usznej, sprawia, że anomalje budowy zdarzają się tu względnie często i towarzyszą nieraz różnym zaburzeniom ro-

zwojowym zwłaszcza w dziedzinie ucha i mózgu. To nam tłumaczy, dlaczego tak często spotykamy różne nieprawidłowości formy u kretynów i idjotów w zakładach dla upośledzonych i chorych umysłowo.

Istnieje wielka różnorodność typów zboczeniowych, spostrzeganych w klinice. Poczynając od zupełnego braku usznej małżowiny—anotia—, poprzez różnego rodzaju małe i wielkie małżowiny,—micro—et macrotia—istnieją liczne zboczenia w budowie całkowicie rozwiniętej małżowiny w postaci nadmiernego rozwoju i zwisania górnej części obrąbka (t. zw. ucho kocie) nadmiernego rozwoju grobelki (ucho Wildermutha i jego odmiana, ucho Stahla), gdzie od nadmiernie rozwiniętej grobelki biegnie w górnej części do obrąbka gruby, poprzeczny fałd, znacznie ograniczający od góry łódkę małżowiny w postaci rozszczepienia płatka, braku jamy muszlowej, powstawania dodatków usznych, t. zw. małżowin dodatkowych (polyotia *Virchowa*), biorących początek, jak wykazały badania *Kostaneckiego i Mileckiego*, również od I-go łuku skrzelowego. Zboczenia takie występują zwykle jednostronnie, obustronne zdarzają się stosunkowo bardzo rzadko. To mnie upoważnia do podania opisu paru obustronnych zboczeń małżowiny, z których jedno wydaje mi się wyjątkowo rzadkiem z powodu kombinacji licznych anomalij w budowie tak jednej, jak i drugiej małżowiny. Oprócz tego załączam opis kilku innych ciekawszych zboczeń.



Rys. 1.



Rys. 2.

I. Jak widać z ryciny, (rys. 1) w pierwszym przypadku prawa małżowina ma bardzo mocno rozwinięty zwisający obrąbek, z pod którego wygląda również mocno wystająca grobelka, która w dole przechodzi

w znaczne wypuklenie na miejscu jamy muszli (cavitas conchae), zlewające się z międzyskrawkiem. Wcięcie przeciwskrawkowe przetworzyło się w rowek, zamiast jednego wytworzyły się dwa grube płatki: jeden z końca obrąbka, drugi ze skóry skrawka. Zamiast odnogi obrąbka powstał stożkowaty wyrostek, zakrywający zamiast skrawka wejście do przewodu usznego.



Rys. 3.

Lewa małżowina (Rys. 2) ma bardzo mocno zaznaczoną odnogę obrąbka i dolną odnogę grobelki, między któremi wytworzyła się głęboka brózda. Oprócz tego widzimy trzy uszne dodatki, największy jest najbardziej ku przodowi wysunięty, za nim z tyłu maleńki zlekka zaledwie zaznaczony guzek, wreszcie trzeci przymocowany jest do dolnej części skrawka. Płatek i w tej małżowinie jest również podzielony na część przednią guzkowatą i tylną, stanowiącą zakończenie obrąbka.

II. Tu również zasługuje na uwagę zniekształcenie małżowiny, które widzimy na rys. 3-m. W przypadku tym widzimy bardzo głębokie wcięcie międzyskrawkowe, brak zupełny płatka, wreszcie dwa dodatki uszne, jeden w górze niewielki, drugi niżej i bardziej ku



Rys. 4.



Rys. 5.

przodowi położony kulisty, duży. Górna część małżowiny jest zupełnie prawidłowa. Ucho lewe żadnych zmian nie przedstawia.

III. Drugi przypadek obustronnego zniekształcenia widzimy na rysunku 4-m i 5-ym. U chłopca w wieku szkolnym istnieje obustronne ucho kocie, gdzie zawinięcie w górnej części środkowej mocno rozwiniętego obrąbka i wgięcie w części środkowej jest bardziej zaznaczone na lewej małżowinie, która przytem jest widocznie mniejsza niż prawa. W górnej części obrąbka widać wgłębienie niewielkie, jakby zaczątkowa przetoka. Brak wejścia do przewodu oraz samego przewodu usznego zewnętrznego. Mięsisty płatek jest bardzo znacznie rozwinięty. To samo widzimy na prawem uchu, które jest mocno przygięte do czaszki i ma mocno rozwinięty zgrubiały płatek. Nie można się oprzeć wrażeniu, jakgdyby na obie małżowiny był wywierany w życiu zarodkowem jakiś ucisk, być może, przez pępowinę, który nadał następczo nieprawidłowy kierunek dalszemu rozwojowi obu małżowin.



Rys. 6.



Rys. 7.

IV. Rzadką odmianę ucha kociego widzimy na rysunku 6-ym. Widzimy tu bardzo mocne zagięcie, jakby załamanie obrąbka, zakrywające jamę muszli, bardzo słabo zaznaczony skrawek, głębokie wcięcie międzyskrawkowe i brak płatka. Ucho lewe jest zupełnie normalne. U pacjenta jednocześnie spostrzegamy niedowład górnej gałęzi nerwu twarzowego, powstały wskutek ostrego zapalenia ucha środkowego (rys. 7).



Rys. 8.

V. Ciekawe zboczenie przedstawia tak zwana wrodzona przetoka uszna, będąca według wszelkiego prawdopodobieństwa pozostałością pierwszej szczeliny skrzelowej. Przetoki znajdują się przeważnie przed wstępującem kolanem obrąbka albo przed lub nad skrawkiem. *Onodi* spotykał je u 1,5% badanych przez siebie poborowych. Do rzadkich natomiast zjawisk należą przetoki w górnej części obrąbka, jak to widać na załączonej rycinie (rys. 8). Przetoka tu tworzy ślepy dołek, którego głębokość nie przekracza dwuch milimetrów. W małżowinie tej, przedstawiającej typ ucha satyra widać również nadmiernie rozwinięty obrąbek oraz przydatek uszny z przodu i poniżej skrawka.

We wszystkich opisanych przypadkach z wyjątkiem drugiego nie stwierdzono zaburzeń ze strony słuchu, chorzy zgłosili się do kliniki z powodu cierpień gardła lub krtani.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. *Teofil Zalewski*).

Wydobycie otwartej agrafki z przełyku u 3-tygodniowego oseska.

Podał Dr. KAZIMIERZ SZUMOWSKI st. asystent Kliniki.

Usuwanie ciała obcego z przełyku lub oskrzeli bywa zaliczane do zabiegów najbardziej emocjonujących nietylko młodego, ale nawet poważnego i doświadczonego laryngologa.

Do najciekawszych, a zarazem najtrudniejszych przypadków ciał obcych w przełyku należą agrafki. Zdarzają się one najczęściej u dzieci, a przedewszystkiem u osesków, zwłaszcza o ile przy ich przewijaniu używa się agrafek do śpięcia pieluszek lub śliniaczków. Trudności, jakie się nasuwają przy wydobywaniu tego rodzaju obcego ciała z przełyku, zależne są z jednej strony od wieku dziecka i lokalizacji obcego ciała, z drugiej strony od położenia agrafki, jej wielkości, materjału z jakiego jest zrobiona, siły sprężyny oraz wielkości rozwarcia agrafki i t. p.

Wydobycie agrafki zamkniętej przedstawia stosunkowo bardzo łatwe zagadnienie, trzeba tylko uchwycić szczypczykami koniec agrafki, uważając, by nie ustawiła się ona wpoprzek rury. Wydobycie agrafki otwartej, zwróconej ostrym końcem ku dołowi również jest bardzo łatwe, mianowicie, po schwyceniu kolanka agrafki, wciąga się ją do rury, lub też rurę wprowadza się na agrafkę, poczem wraz z rurą wydobywa na zewnątrz.

Natomiast wydobycie agrafki otwartej, zwróconej ostrym końcem ku górze przedstawia znacznie trudniejszy problem dla endoskopji. Wyciąganie takiej agrafki w zwykły sposób spowodować może rozdarcie ściany przełyku na dużej przestrzeni, a więc uraz bardzo poważny, prawdopodobnie śmiertelny. *Chevalier Jackson* (1923) opisuje dwa przypadki, w których wydobywano agrafkę otwartą ku górze bez poprzedniego jej zamknięcia, przyczem oba skończyły się śmiertelnie, jeden z powodu krwotoku do śródpiersia, drugi z powodu wstrząsu pourazowego.

Problem, nasuwający się do rozwiązania w przypadku otwartej agrafki, zwróconej ostrym końcem do góry, polega albo na jej

zamknięciu i następczem, łatwem wydobyciu, albo na zmianie jej niekorzystnego położenia ostrzem ku górze na korzystniejsze ostrzem ku dołowi, lub też wreszcie na osłonięciu ostrego końca agrafki i pozostawieniu tępego końca na zewnątrz rury.

Zamykanie otwartej agrafki w przełyku interesuje oddawna, zwłaszcza w ostatnim dziesiątku lat, bardzo wielu laryngologów. Istnieje w tym celu cały szereg specjalnych przyrządów, opisanych przez różnych autorów, jak przyrząd *Chevalier'a Jacksona*, *Hubbarda*, *Coolidge'a Moshera*, *Arrowsmith'a*, *Struycken'a*, *v. Eicken'a*, *Shektera*, *Guisez'a*, *Schlemmer'a* i in. Dość duża ilość i rozmaitość tych przyrządów świadczy o tem, ze posługiwanie się niemi nie jest łatwe i, że wymaga osobistej zręczności i wprawy operującego. Każdy z tych przyrządów posiada pewną objętość, co pozwala na zastosowanie ich tylko przy użyciu szerszych rur. Jak z tego wynika, zamknięcie agrafki będzie znacznie łatwiejsze u dorosłych i u starszych dzieci, u których do ezofagoskopji dadzą się użyć szersze rury. U oseskówposługiwać się możemy tylko najcieńszemi rurami, tak, że użycie przyrządu do zamykania agrafki nie zawsze jest możliwe.

O ile zamknięcie agrafki jest niemożliwe, można posłużyć się inną metodą. W celu zmiany niekorzystnego położenia agrafki ostrzem do góry na korzystniejsze, ostrzem ku dołowi, podaje *Chevalier Jackson* sposób, polegający na uchwyceniu specjalnym chwytnikiem dolnego zgięcia, czyli kolanka agrafki, sprowadzeniu jej do żołądka i obróceniu jej tam w szerokiej przestrzeni żołądka kolankiem ku górze o 180^0, poczem wydobycie jest już łatwe. Obrót agrafki w żołądku jest o wiele mniej niebezpieczny niż w przełyku, gdyż ściana żołądka jest znacznie grubsza i silniejsza i światło żołądka obszerniejsze. W sposób opisany *Jackson Chevalier* wydobył otwartą agrafkę z przełyku w dwu przypadkach u dzieci w wieku 11 i 14 miesięcy (1910).

Jackson Chevalier w późniejszej pracy (1926) podaje 16 różnych sposobów postępowania, zależnie od wielkości agrafki oraz materjału, z jakiego jest agrafka zrobiona. Agrafki zupełnie małe nieraz dadzą się obrócić w przełyku albo równolegle albo pionowo do swej płaszczyzny. Agrafkę z drutu twardego można rozciąć przyrządem, podanym przez *Casselberry'ego*, przyczem trzeba uważać, by nie zranić ścian przełyku. Po rozcięciu agrafki tuż przy sprężynie, otrzymane dwie części wydobywa się osobno. Agrafkę małą z cienkiego drutu można niekiedy wciągnąć do rury, równocześnie wyprostowując ją.

Oprócz wyżej opisanych sposobów można wydobyć agrafkę, chwytając ostry koniec szczypczykami i wprowadzając go do rury, przyczem tępy koniec pozostaje na zewnątrz. Istnieją przyrządy, podane przez *Tuckera, Pattersona i Wagenera*, służące do przykrycia i osłonięcia ostrego końca agrafki, tak, by przy wyciąganiu jej wraz z rurą nie móc uszkodzić ściany przełyku.

W literaturze znane są przypadki samoistnego obrócenia się w przełyku otwartej agrafki, zwróconej początkowo ostrzem ku górze a później ku dołowi (Simson 1911). Podobny obrót agrafki opisali *Arrowsmith* (1914) i *Winson* (1925) prawdopodobnie wskutek wymiotów.

Od czasu rozwoju ezofagoskopji jako metody usuwania obcych ciał z przełyku opisano już w literaturze kilkanaście przypadków wydobycia otwartej agrafki z przełyku u osesków poniżej jednego roku. Do ciekawszych należą następujące przypadki:

Hubbard (1897) opisał przypadek wydobycia otwartej agrafki z przełyku u dziecka 11 - miesięcznego. Jest to pierwszy opisany przypadek wydobycia z przełyku tego rodzaju obcego ciała drogą ezofagoskopji u oseska.

Patterson (1922) opisał 4 przypadki wydobycia otwartej agrafki z przełyku u osesków, z tego 2 w wieku 7 i $7^1/_2$ miesięcy oraz 2 przypadki w wieku 10 miesięcy. Jedna agrafka wyszła po 48 godzinach *per vias naturales*, 2 agrafki zwrócone były ostrzem ku dołowi, 1 ostrzem ku górze w górnej części przełyku, wszystkie zostały wydobyte drogą ezofagoskopji. Poza tem *Patterson* zwraca uwagę na trudności oddechowe, jakie powstają w czasie ezofagoskopji u osesków w przypadkach powiększenia grasicy, która może spowodować ucisk na tchawicę, zwłaszcza przy pochyleniu głowy ku tyłowi.

Claoué (1922) opisał przypadek wydobycia otwartej agrafki, zwróconej ostrzem ku dołowi, ze środkowej części przełyku u oseska 8-miesięcznego. Rura o średnicy 5 mm okazała się za wąską do wydobycia tej agrafki i dopiero w rurze o średnicy 11 mm udało się agrafkę uchwycić i wydobyć. Zdaniem *Claoué'go* przełyk u dziecka jest tak rozciągliwy, że można do niego wprowadzać rury, używane dla dorosłych, przyczem, by nie wystąpiły trudności w oddechaniu, należy górną część ciała dziecka nieco unieść do góry.

Jackson Chevalier (1923) opisał rzadki przypadek, tyczący chłopca 9-miesięcznego, który połknął aż 4 otwarte agrafki. Dwie dłuższe wydobyto drogą ezofagoskopji przy pomocy szczypczyków Tuckera, a dwie krótsze zepchnięto do żołądka, poczem wydostały się na ze-

nątrz *per vias naturales*. Przy tej sposobności *Jackson Chevalier* zwraca uwagę, by matki i pielęgniarki przy przewijaniu osesków nie trzymały agrafek w ustach, by nie dawać złego przykładu dzieciom.

Jackson Chevalier (1923) opisał ponadto 4 inne przypadki wydobycia agrafek z przełyku u osesków w wieku 9, 10, 11 i 14 miesięcy. Z tego 3 były zwrócone ostrzem do góry, 1 ostrzem do dołu. Z agrafek, zwróconych ostrym końcem do góry, jedna została zamknięta przyrządem, podanym przez *Jacksona*, dwie zaś obrócone w żołądku i następnie wydobyte na zewnątrz.

Hicguet (1926) opisał przypadek wydobycia otwartej agrafki, zwróconej ostrzem do góry z górnej części przełyku u oseska w wieku 7 tygodni. W przypadku tym udało się odnaleźć ostry koniec agrafki, uchwycić go szczypczykami i wprowadzić do rury Brüningsa, poczem wydobycie było łatwe. Był to dotychczas najmłodszy osesek z opisanych przypadków, u którego powiodło się wydobycie otwartej agrafki z przełyku.

Laskiewicz (1929) opisał przypadek wydobycia agrafki otwartej, zwróconej ostrzem ku górze, u dziecka 8-miesięcznego z górnej części przełyku przy pomocy rury Brüningsa Nr. 5. Przed wyjęciem agrafka została zamknięta przyrządem Eickena, poczem wydobycie jej było łatwe.

Ponadto opisali przypadki wydobycia agrafek z przełyku: *Stillmann* (1906), *Savage* (1911), *Otrich* (1915), *Chamberlin* (1915), *Taylor* (1923), *Guisez* (1925) i inni.

Nie wszystkie opisane przypadki otwartej agrafki w przełyku dały się wydobyć drogą ezofagoskopji. Początkowo przy niedostatecznie jeszcze rozwiniętej technice endoskopijnej spychano otwarte agrafki sondą do żołądka, podawano papkowate pokarmy, poczem oczekiwano wyjścia agrafki *per rectum*. *Davis* (1889) opisał wyjście agrafki w taki sposób po 37 dniach u oseska 8-miesięcznego. *Maitland* (1899) u oseska w tym samym wieku znalazł agrafkę dopiero po $4^1/_2$ tygodniach. *Manson* (1908) opisał zepchnięcie agrafki do żołądka u oseska 5-miesięcznego i wyjście jej *per vias naturales* po 6 dniach. *Johnston* (1915) wykonał ezofagoskopję u oseska 8-miesięcznego z powodu otwartej agrafki w przełyku, lecz jej nie znalazł, a po 5 dniach agrafka wyszła samoistnie *per rectum* bez szkody dla dziecka. Podobny przypadek opisał *Jacques* (1925).

Kilku autorów opisuje wykonanie poważnych zabiegów operacyjnych od zewnątrz w celu wydobycia otwartej agrafki z przełyku, przyczem tłumaczy konieczność zastosowania wybranej metody ope-

racyjnej. *Lemaistre* (1897) nie mogąc wydobyć otwartej broszki drogą ezofagoskopji z przełyku u 6-miesięcznego dziecka, wykonał ezofagotomję zewnętrzną i broszkę wydobył.

Traver (1903) u dziecka 9-miesięcznego zepchnął otwartą agrafkę z dolnej części przełyku do żołądka, poczem wykonał gastrotomję i agrafkę wydobył. Po 17 dniach dziecko było zdrowe.

Benjamins (1923) opisuje przypadek otwartej agrafki w przełyku u oseska 8-dniowego. Wydobycie drogą ezofagoskopji się nie udało, dopiero chirurg wydobył agrafkę z żołądka drogą gastrotomji.

Marque (1926) opisał przypadek wykonania laparatomji z powodu połknięcia otwartej agrafki u dziecka 6-letniego. W czasie operacji agrafki nie znaleziono. Po 8 dniach agrafka wydostała się samoistnie *per rectum.*

Burckhardt (1925) zaleca wykonanie gastrotomji u dzieci w przypadkach obcego ciała w dolnej części przełyku, zwłaszcza, gdy ezofagoskopja nastręcza trudności.

Kilka przypadków wydobycia otwartej agrafki z przełyku nie powiodło się i skończyło się śmiertelnie. *Holt* (1892) na sekcji dziecka 9-miesięcznego, zmarłego z powodu zapalenia płuc, znalazł w dolnej części przełyku otwartą agrafkę, przyczem na ścianach przełyku było owrzodzenie, świadczące o dłuższem zaleganiu obcego ciała. *Mackenzie* (1914) sześciokrotnie próbował wydobyć otwartą agrafkę z przełyku oseska 7-miesięcznego, lecz za każdym razem wydobycie obcego ciała nie udawało się. Dziecko zmarło wskutek kollapsu. *Goffe* (1915) opisał zejście śmiertelne dziecka 10-miesięcznego, przyjętego do szpitala z podejrzeniem szkarlatyny, z powodu nagłego, bardzo znacznego krwotoku z jamy ustnej. Na sekcji znaleziono w przełyku otwartą agrafkę, której ostry koniec przebił tylną ścianę aorty. Agrafka przypuszczalnie znajdowała się w przełyku około 3 tygodni. *Martin* (1918) opisał przypadek zsunięcia się otwartej agrafki w czasie ezofagoskopji do żołądka i wyjście jej samoistne *per rectum* po 2 dniach. Po 8 dniach zejście śmiertelne z powodu ropnia okołoprzełykowego.

W literaturze polskiej oprócz przypadku *Laskiewicza* opisał *Lewenfisz* przypadek wydobycia otwartej agrafki z górnej części przełyku u osobnika w wieku 28 lat.

W Klinice Oto-Laryngologicznej we Lwowie obserwowano dotychczas jeden przypadek obcego ciała w przełyku w postaci otwartej agrafki, zwróconej ostrzem do góry, której wydobycie przedsta-

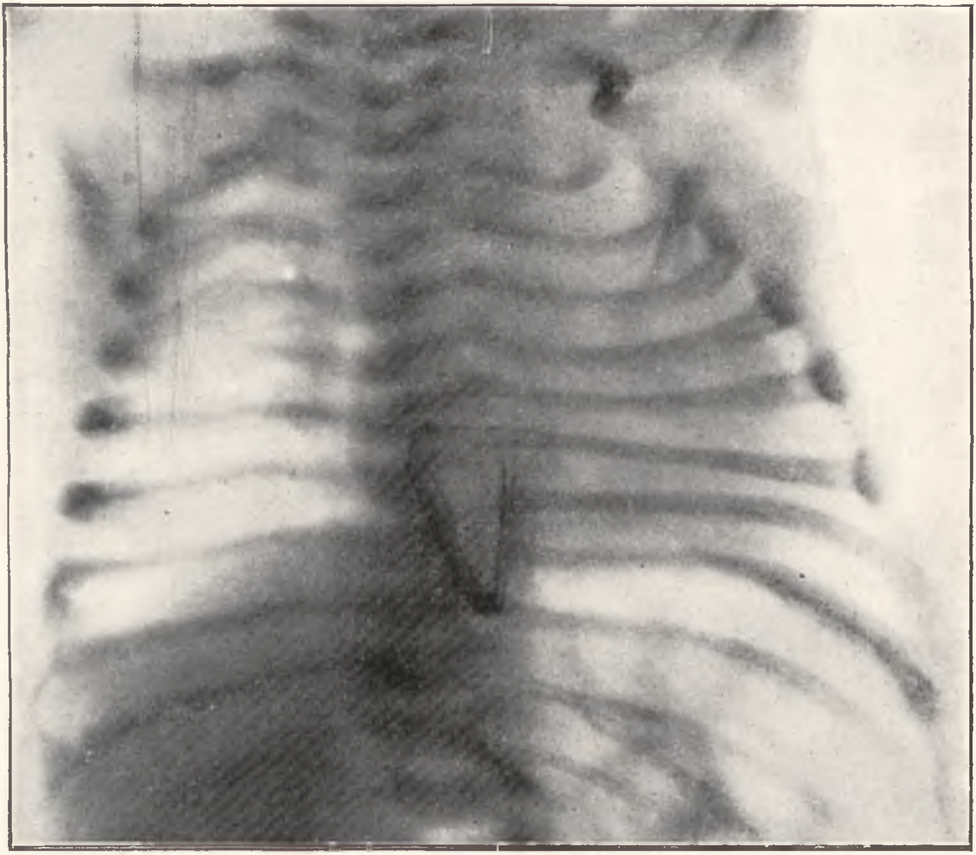
wiało znaczne trudności z powodu niskiego usadowienia się agrafki w przełyku oraz z powodu młodego wieku oseska.

Przebieg kliniczny tego przypadku przedstawia się w sposób następujący.

Osesek, płci męskiej, w 18 dniu swego życia połknął otwartą agrafkę, długości 2,5 cm. z miękkiego drutu, odłamaną od broszki, którą włożyła mu do ust dwuletnia siostrzyczka, chcąc go uciszyć. Matka, spostrzegłszy to, chciała wyjąć dziecku z ust agrafkę, lecz dziecko „zawinęło języczkiem" i połknęło ją. Na drugi dzień rano matka wraz z dzieckiem przyjechała do Lwowa.

Prześwietlenie rentgenowskie, wykonane w szpitaliku Św. Zofji wykazało początkowo agrafkę w przełyku, na wysokości górnego brzegu mostka, ostrzem zwróconą ku górze. Po kilku godzinach ponowne prześwietlenie wykazało obniżenie się agrafki na wysokość przepony. Próby wydobycia obcego ciała drogą ezofagoskopji nie powiodły się. Po kilku dniach wykonano zdjęcie rentgenowskie (p. rys. 1), które wykazało na wysokości 7 — 9 kręgu piersiowego otwartą agrafkę, tkwiącą w dolnej części przełyku tuż ponad przeponą, ostrzem zwróconą ku górze w stronę dolnej granicy serca. Dziecko było spokojne, oddychało normalnie, jednakże ssało gorzej, jak przed połknięciem agrafki. W ostatnich dniach straciło na wadze, wyraźnie schudło, zresztą narządy wewnętrzne zmian nie wykazywały. Ciepłota w pierwszych dniach dochodziła do 38^0, później opadła.

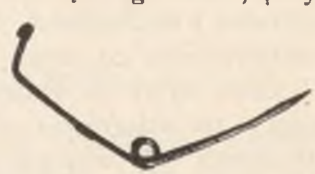
22-go lipca 1930 przyniesiono dziecko, mające już 23 dni wieku, do Kliniki, gdzie przystąpiłem do wydobywania ciała obcego drogą ezofogoskopji. Zabieg wykonano bez narkozy ani znieczulenia miejscowego. Po ułożeniu dziecka na stole, w pozycji leżącej na plecach z głową zwieszoną ku dołowi, wprowadziłem do przełyku ezofagoskop Brünningsa, posługując się rurą nr. 5, t. j. rurą najcieńszą. W celu przedłużenia rury, która okazała się za krótką, wprowadziłem do rury przedłużenie o średnicy 5 mm., na głębokość około 15 cm. W tej głębokości zobaczyłem główkę agrafki z żółtego, miękkiego drutu pomiędzy fałdami rozpulchnionej i nieco obrzękłej błony śluzowej przełyku. W tej chwili z powodu ucisku na tchawicę dziecko przestało oddychać, przyczem wystąpiła sinica. Natychmiast rurę wraz z przedłużeniem wydobyłem na zewnątrz, zastosowano sztuczne oddychanie oraz zastrzyknięcie podskórne 1 cm^3 lobeliny, poczem sinica ustąpiła, a dziecko zaczęło znowu swobodnie oddychać. Po chwili wprowadziłem znowu ezofagoskop, następnie przedłużenie i po zobaczeniu agrafki starałem się odszukać jej ostry koniec, by uchwy-



Rys. 1. Ossesek 18-dniowy. Agrafka długości 2,5 cm, w dolnej części przełyku, na wysokości 7'—9 kręgu piersiowego. Wydobycie drogą ezofagoskopji.

ciwszy go, wprowadzić do rury, zostawiając tępy koniec wraz z główką na zewnątrz rury i w ten sposób wraz z rurą wydobyć agrafkę z przełyku. Jednakże okazało się, że ostry koniec agrafki był wbity w ścianę przełyku i że z tego powodu nie można było go odszukać. W tej chwili ponownie wystąpiła duszność i sinica. Po natychmiastowem wyciągnięciu rury ezofagoskopu, ponownem zastosowaniu sztucznego oddychania, zastrzyku podskórnym 1 cm^3 koraminy dziecko znowu przyszło do siebie. Po przerwie półgodzinnej poraz trzeci wprowadziłem ezofagoskop do przełyku aż do agrafki, jednakże również z wynikiem ujemnym. Z powodu ponownej duszności i sinicy oraz ogólnego osłabienia dziecka, zrezygnowałem z wydobycia agrafki na tem posiedzeniu i zdecydowałem się na przerwanie zabiegu na parę dni, w czasie których dziecko oddychało swobodnie, ssało dość dobrze, a ciepłotę miało w granicach normalnych.

Po trzech dniach t. j. w 26 dniu życia oseska przystąpiłem ponownie do wykonania ezofagoskopji u dziecka bez znieczulenia, w tej samej pozycji co poprzednio oraz posługując się tą samą rurą przyrządu Brünningsa. Tym razem dziecko, widocznie przyzwyczaiwszy się, zniosło zabieg doskonale. Po wprowadzeniu rury nr. 5, a następnie przedłużenia, zobaczyłem tak jak poprzednio w głębokości około 15 cm. tępy koniec agrafki. Ponieważ przy poprzednim zabiegu okazało się, że ostry koniec agrafki wbity jest w ścianę przełyku i nie można go było odszukać, oraz ponieważ nie miałem do dyspozycji żadnego z przyrządów do zamykania otwartej agrafki, zdecydowany byłem posłużyć się sposobem *Chevalier'a Jacksona*, a więc uchwycić agrafkę ostremi szczypczykami Brüningsa za kolanko, sprowadzić ją do żołądka i po obróceniu jej o 180^0 wyciągnąć na zewnątrz. W tym celu wprowadziłem przedłużenie nieco niżej aż do zgięcia agrafki, przyczem tępy jej koniec wsunął się do przedłużenia. Ponieważ agrafka robiła wrażenie, że jest zrobiona z miękkiego drutu, przyszło mi wtedy na myśl, czyby nie można wciągnąć jej do rury. W tym celu wprowadziłem do rury ostre szczypczyki Brüningsa i uchwyciłem niemi główkę agrafki, poczem spróbowałem, przy równoczesnem, lekkiem pociągnięciu przedłużenia do góry, wciągnąć agrafkę do rury. Myśl okazała się trafną. Agrafka z miękkiego drutu bez żadnego oporu, zupełnie lekko dała się wciągnąć do rury, poczem już bez żadnej trudności wy-



Rys. 2. Agrafka po wydobyciu. (Wielkość naturalna).

dobyłem agrafkę rozwartą (p. rys. 2) wraz z przedłużeniem i rurą na zewnątrz.

Dziecko po zabiegu miało się zupełnie dobrze, ssało lepiej jak poprzednio. Ciepłota przez pozostały czas pobytu w szpitalu była prawidłowa. Po kilku dniach dziecko odjechało do domu, a wiadomości, otrzymane o niem od rodziców po kilku miesiącach, stwierdzały, że żyje i chowa się prawidłowo.

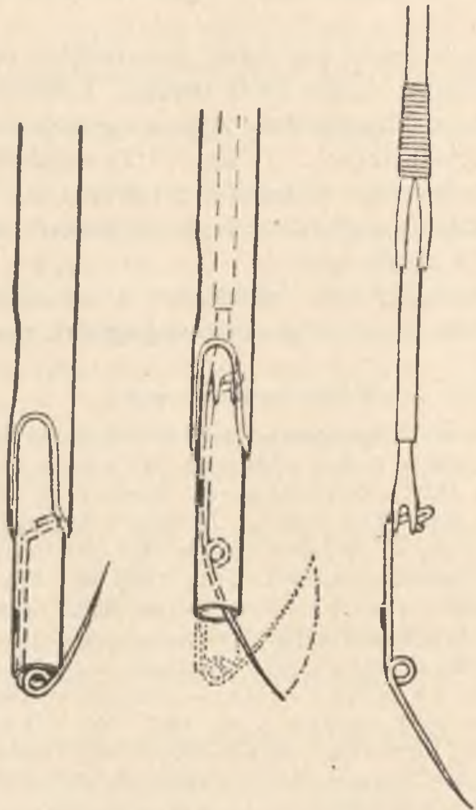
Przypadek opisany ciekawy jest nietylko ze względu na trudności, nasuwające się przy wydobywaniu z przełyku agrafki otwartej, ostrzem zwróconej ku górze, lecz również ze względu na bardzo młody wiek oseska.

Położenie agrafki było niekorzystne, z jednej strony ze względu na zwrócenie ostrego końca ku górze, z drugiej strony ze względu na wklinowanie się agrafki w dolnej części przełyku na wysokości przepony, tuż ponad wpustem. To bardzo niskie usadowienie się obcego ciała spowodowało konieczność wprowadzenia do rury przedłużenia, ponieważ rura nr. 5 okazała się za krótką. Zmniejszyło to nieco średnicę światła pola operacyjnego aż do 5 mm, co, przy uwzględnieniu głębokości, utrudniało znacznie posługiwanie się instrumentami.

Długość przełyku u osesków w wieku do 6 tygodni wynosi według *Häckera* od wyrostków zębowych do wpustu żołądka około 18 cm. W przypadku naszym kolanko agrafki znajdowało się mniej więcej na głębokości 17 cm, a więc tuż ponad wpustem. Ściana przełyku u osesków jest cienka i daje się łatwo uszkodzić. W przypadku naszym błona śluzowa przełyku była niezmieniona, jedynie w miejscu wklinowania się agrafki była nieco rozpulchniona i obrzękła. Świadczy to, jak również prawidłowa ciepłota w ostatnich dniach, o nieznacznym odczynie zapalnym ze strony przełyku, mimo zalegania obcego ciała przez czas 8 dni. Natomiast rzucało się w oczy wyniszczenie i wychudzenie dziecka, spowodowane niedostatecznem jego odżywianiem, co czyniło zabieg szczególnie niebezpiecznym.

Sposób, użyty do wydobycia agrafki w opisanym przypadku, polegający na wciągnięciu do rury agrafki z miękkiego drutu przy równoczesnem jej rozwarciu, był do pewnego stopnia ryzykowny ze względu na możliwość uszkodzenia przez ostry koniec agrafki ściany przełyku oraz narządów sąsiednich przy wykonywaniu łuku ku dołowi w czasie rozwierania agrafki. Łuk ten, jak to wykazuje załączony rysunek (p. rys. 3), został zmniejszony przez równoczesne pociągnięcie do góry, a następnie przez ustalenie rury ezofagoskopu,

tak że uraz, jaki mógł ostry koniec agrafki spowodować, mógł być tylko nieznaczny. Najlepszym tego dowodem jest bardzo pomyślny stan dziecka zarówno bezpośrednio po zabiegu, jak również i późniejszy. Ewentualne sprowadzenie agrafki do żołądka w celu jej obrotu mogło się było nie udać z powodu braku odpowiedniego chwytnika, a więc mogło być jeszcze bardziej ryzykowne.



Rys. 3. Sposób wydobycia agrafki.

Jak widać z tego przypadku, wiek w przypadkach obcych ciał w przełyku nie wpływa na nasze postępowanie, ponieważ w każdym przypadku ciała obcego w przełyku, nawet u najmłodszych osesków, należy dążyć do usunięcia go drogą ezofagoskopji.

Ezofagoskopję u osesków wykonywa się zwykle bez narkozy i znieczulenia. Oseska układa się na plecach z głową zwieszoną ku tyłowi, przyczem jedna pielęgniarka podtrzymuje głowę, druga trzyma ręce i nogi. Wprawdzie narkoza znosi ruchy perystaltyczne prze-

łyku, ale zwiększa ślinienie, które nieraz bardzo znacznie utrudnia wykonanie zabiegu. Kokainy do znieczulania błony śluzowej u osesków, ani u małych dzieci, nie używa się ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia.

Ezofagoskopja u osesków wymaga szczególnej staranności i delikatności w postępowaniu ze względu na małość stosunków anatomicznych, łatwość uszkodzenia ścian przełyku oraz małą odporność organizmu.

W literaturze znanych jest kilka przypadków wykonania ezofagoskopji w pierwszych dniach życia oseska. *Lubliner* (1911) wykonał ezofagoskopję w drugim dniu życia noworodka z powodu wrodzonego zarośnięcia przełyku. *Tilley* (1917) wykonał ezofagoskopję u czterodniowego oseska i wydobył z przełyku obce ciało w postaci kawałka waty, nasiąkniętego śluzem, który zatkał światło przełyku, tak że dziecko nie mogło ssać.

Przypadek niniejszy jest najmłodszy z opisanych w literaturze przypadków wydobycia z przełyku otwartej agrafki, zwróconej ostrzem ku górze.

Piśmiennictwo.

1) Benjamins — Posiedzenie Holend. Towarz. w Amsterdamie 1923. 2) Burchardt — Zentr. f. Chir. t. 52, 1925. 3) Claoué — Journ. de méd. de Bordeaux t. 94, 1922, — Oto-rhino-laryng. intern. t. 10, 1922. 4) Davis — Nordwestern Lancet 1889. 5) Eicken — Zeitschr. f. Laryngol. Rhin. t. 12, 1924. 6) Goffe — Brit. Journ. of childrens diseases 1915. 7) Guisez — Bull. d'oto-rhino-laryng. et de broncho-oesophag. t. 23, 1925. 8) Hicguet — Pédiatrie prat. t. 23, 1926. 9) Hubbard — Fort Wayne Med. Journ. Magazine 1897. 10) Holt — N. Y. Med. Record 1892. 11) Jackson Chevalier — The laryngoscope 1910. 12) Jackson Chevalier — Journ. of the Ameryc. med. t. 81, 1923. 13) Jackson Chevalier — Arch. of. otolaryngol. t. 3, 1926. 14) Jacques - Rev. méd. de l'est t. 53, 1925 15) Johnston — Southern med. journ. VII 1915. 16) Laskiewicz — Pol. Przegl. Otolar. 1929. 17) Lemaistre — Journ. de Clinique et. Ther. infant. t. 23, 1897. 18) Lewenfisz — Pol. Przegl. Otolaryng. t.VI 1929. 19) Lubliner — III Intern. Laryng. Kong. 1911 (Dyskusja). 20) Ma'ckensie — Inter. med. journ. 1914. 21) Maitland — Austral. Med. Gaz. 1899. 22) Mason — Lancet 1908. 23) Martin — Arch. f. Ohrenh. t. 102, 1918. 24) Mauque — Arch. Latino-americ. de pediatria t. 20, 1926. 25) Otrich — Journ. am. med. assoc. 1915. 26) Patterson — New York med. journ. t. 115, 1922. 27) Savage — Lancet Clinic. 1911. 28) Schlemmer — Zeitschr f. H. N. O. t. 5, 1923. 29) Shekter — Arch. of. otolar. t. l. 1925, — Arch. of otolar. t. 3. 1926. 30) Struycken — Nederlandsch. tijdsch. v. gen. t. 66, 1922. 31) Stillmann — The laryngoscope 1906. 32) Taylor — Arch. of. pediatr. t. 40, 1923. 33) Traver—Americ. med. 1903 34) Tucker—Ann. of. oto-rhino-laryng. t. 34, 1925. 35) Wagner — Zeitschr. f. H. N. O. t. 5, 1923. 36) Winson — Radiologo t. 4, 1225. 27) Tilley — Royal Society of. Med. 1917.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Dwa przypadki ciał obcych w jamie nosowej (demonstrowane na posiedzeniach T-wa Otolaryngologicznego w 1929 i 1930 r.).

Podał Dr. E. TRYJARSKI.

Konsultant szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

1. Przypadek oryginalnego przebiegu kuli rewolwerowej w ciele (Browning cal. 6,35).

P. S. K. l. 35, monter w telefonach, w nocy z dn. 27—28 października 1929 r. w stanie napół przytomnym, podniósł rewolwer, zamiast syfonu z wodą sodową, do wargi górnej i pociągnąwszy za kurek spowodował strzał. Nastąpiło chwilowe oszołomienie, silne krwawienie z nosa, odrętwienie górnej szczęki i nosa. St. pr. Przy dotyku występuje znaczny ból w górnej szczęce, trzeszczenie w prawej połowie twarzy i głowy. Otwór wejściowy kuli w górnej wardze w połowie jej szerokości pokryty krwawym strupem. Podbiegnięcie krwawe na wewnętrznej powierzchni wargi górnej, śluzówka nieuszkodzona.

Badanie nosa: pod muszlą dolną, na dolnej ścianie jamy nosowej, obrzmienie i silne przekrwienie śluzówki, muszla dolna bardzo przekrwiona i obrzmiała, na górnej powierzchni strzępy śluzówki, pokrywające przednią powierzchnię kuli. Twarde ciało błyszczące daje się wyczuć i obejść dokoła sondką uszną, po odsunięciu strzępów tkanki.

Operacja: pod znieczuleniem miejscowem usunąłem strzępy śluzówki i odkryłem całą przednią, błyszczącą powierzchnię kuli, ustawionej pomiędzy przegrodą nosową i przednim końcem muszli środkowej. Kula przy dotyku porusza się, cienkim spłaszczonym końcem zwrócona ku dołowi, co b. wyraźnie występuje na roentgenogramie. Po podważeniu haczykiem kulę usunąłem z łatwością. Prawdopodobnie kula spłaszczyła się o wyrostek zębowy szczęki górnej i skręciwszy się, przebiła tępym końcem dolną ścianę nosa i dolną muszlę, a straciwszy na impecie, zawisła w jamie nosowej, pomiędzy przegrodą i muszlą środkową. Dalszy przebieg normalny.

2. Przypadek ciała obcego (odłamka szrapnela) w jamie nosowej.

P. S. J, muzyk, l. 24, przed 12 laty otrzymał postrzał w czoło

od szrapnela, który eksplodował w odległości kilkunastu kroków od niego. Pamięta tylko to, że stracił przytomność w chwili wybuchu, a po przyjściu do przytomności dowiedział się, że został zraniony w czoło. Rana w krótkim czasie zagoiła się. Od tego czasu miewał bóle głowy początkowo b. rzadko, później coraz częściej, ostatnio codziennie po kilka godzin; prócz tego rozwinęła się stopniowo niedrożność nosa, co razem uniemożliwiało mu pracę zawodową jako muzyka w orkiestrze policyjnej. Badanie objektywne nosa wykazało niedrożność tegoż z prawej strony wskutek obecności polipa dużych rozmiarów, który uniemożliwiał zbadanie głębiej położonych części. Diaphanoscopia wykazała zaćmienie prawej zatoki *Highmor'a*. Roentgen wykazał obecność ciała obcego w kanale środkowym z prawej strony i jakiegoś innego małego okrągłego z lewej strony (wielkości polnego grochu na kliszy) w tyle zatoki czołowej. Po znieczuleniu miejscowem (kokaina) usunąłem polip i wtedy dopiero natrafiłem na ciało obce (metal) dużych rozmiarów. Po usunięciu otoczki względnie twardej, ciało obce usunąłem korncangiem. Ciałem obcem okazał się cylinder stalowy wagi 21,5 gr. o wymiarach $1^1/_2$ cm. wysokości i $1^1/_2$ cm. w średnicy. Po usunięciu obcego ciała, rana po kilku dniach zagoiła się, bóle głowy znikły, drożność nosa została przywrócona. Na usunięcie drugiego ciała obcego, nie sprawiającego choremu żadnych dolegliwości, nie zgodził się.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

O leczeniu przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy.

Podał Dr. STANISŁAW TUZ, Warszawa.

W sprawie leczenia przewlekłych bliznowatych zwężeń krtani i tchawicy, laryngologja dzisiejsza nie wypowiedziała jeszcze swego ostatniego zdania. Dziś, jak i dawniej, największe zachwyty i nadzieje rozwiewają się jak mgły, pozostawiając wciąż otwarte pole dla nowych wysiłków, badań i pomysłów.

Bezkrwawe zabiegi *Schröttera* zapomocą rur i bolców uznano za niepewne i zbyt długo trwające; zawiodła też intubacja O'Dwyerowskiemi rurkami tchawicznemi, chociaż metodą tą zdawało się

osiągać względnie szybko i trwalsze rezultaty. Ale cóż, kiedy znów przychodziły zbliznowacenia, nowe zwężenia i nowa tracheotomja, a rurka tracheotomijna tkwiła jak dawniej w tchawicy chorego. Więc zamiast traktowania zwężenia od wewnątrz i od góry sprobowano stosować rozszerzania od wewnątrz i od dołu, aby odrazu przywrócić swobodne oddychanie, w tych zwłaszcza razach, kiedy dostęp od góry był niezbyt utrudniony. Zaczęto stosować różne ciała w celu rozszerzania w postaci świeczek, kołeczków z tupelo, pozostawiając je czas dłuższy i wprowadzając przez rurę tracheotomijną (*Brake*, *Störck*, *Baum* i inni), albo też ponad nią (*Richet*, *Köhl*).

Instrumenty *Köhla*, *Thosta* i *Uchermana* mają ten cel, aby ciało metalowe tkwiło w zwężeniu niezależnie od rurki tracheotomijnej, która musi być podwójną: zewnętrzna i wewnętrzna. Wszystkie bowiem rurki pojedyńcze, jako nie mogące pozostawać czas dłuższy w tchawicy, są przynajmniej w pierwszych dniach po zabiegu zupełnie nieodpowiednie. Przy takim sposobie okazało się, że w miejscach wolnych od ucisku, naprzykład pomiędzy ciałem rozszerzającem a rurką tracheotomijną bardzo łatwo tworzy się tak zwana ostroga dzięki rozrostowi błony śluzowej; chroni od tego rurka *Dupui* w kształcie litery T, która jednak trudno daje się wprowadzać, jeżeli otwór tracheotomijny nie jest dostatecznie szeroki. Szklana rurka *Mikulicza* nie składa się z poszczególnych części jak rurka *Dupui*, stanowi jedną całość i może być wprowadzona do krtani po uprzedniem rozszczepieniu tchawicy z pozostawieniem otwartej rany, czyli dokonaniu laryngostomji (r. 1896).

Dziś zamiast szklanej rurki stosuje się tamponowanie gazą (*Ruggi*), watą (*Ferreri*), rurkami kauczukowemi (*Kilian*, *Sargnon*) i t. d., a rurka tracheotomijna zajmuje dawne miejsce pod zwężeniem. *Chiari — Marschik* zastosowali ruchome, metalowe, masywne bolce w połączeniu z rurką tracheotomijną.

Mogę jeszcze wspomnieć o pomysłowej rurce *Hofmeistera*, zresztą istnieje cały szereg różnych mniej lub więcej zbliżonych do wyżej podanych sposobów.

Etjologicznie wszystkie zwężenia dałoby się podzielić na dwie duże grupy: zwężenia spowodowane zzewnątrz, a więc uciskowe i zwężenia naskutek przyczyn wewnątrz kanału oddechowego powstałych.

Uszkodzenia pochodzenia zapalnego bezpośrednio nie dają zwężeń, które występują dopiero naskutek odleżyn i blizn po intubacji, — najczęściej dotyczy to zapalenia krtani krupowego. Chodzi tutaj głównie o odleżyny, wywołujące głębokie owrzodzenia chrząstek

obrączkowych, które prowadzą do tracheotomji. Owrzodzenia te zabliźniają się w sposób niepożądany, dając zwężenia przez ściągające się blizny w okolicy chrząstki obrączkowej.

Dyfterja nie jest jedyną przyczyną tych zwężeń, bo i ciężkie laryngity po gorączkach, zwłaszcza wysypkowych, szczególnie po odrze, dają względnie często bliznowate zwężenia krtani. Następstwa tyfusu brzusznego, uszkodzenie chrząstek, martwiaki, przetoki często dają bardzo ciężko poddające się leczeniu zwężenia krtaniowe. Zwężenia bliznowate po laryngotyfusie wymagają często poważniejszych zabiegów chirurgicznych jak laryngofissura, a szczególnie laryngostomja, czego wielkimi zwolennikami są *Sargnon*, *Lahaussois*, *Sieur*; obserwacje ciężkich przypadków laryngotyfusu z ostatniej wojny zdają się takie postępowanie usprawiedliwiać.

Co się tyczy urazu, to kontuzja w wyjątkowym tylko przypadku może dać bliznowate zwężenie, za to bardzo często spotykamy je po ranach krtani, nierzadko w celach morderstwa albo samobójstwa dokonanych. Ciała obce, dłużej zalegające w krtani i tchawicy, bardzo rzadko prowadzą do zwężeń przez ziarninę albo też przez ściągające się blizny. Wojenne uszkodzenia wysokie krtani i tchawicy naogół są rzadkie. Z czasów ostatniej wojny notowano kilka zwężeń po oparzeniu gazami trującemi. Ciężkie zatrucie iperytem prowadzić może do znacznych uszkodzeń śluzówki, a dzięki ściągającym się bliznom otrzymujemy zwężenia. Obserwacje *Lannois* i *Sargnon*, *Jacod*—są bardzo przekonywujące. W ostrem stadjum zatruci iperytem wykrztuszają wielkie błony zgorzelinowe, a po ich wydzieleniu następuje proliferacja śluzówki. Trudne zazwyczaj w tych razach badanie laryngoskopowe wykazuje najczęściej w okolicy podgłośniowej i w tchawicy masy ziarninowe; w ten sposób powstają już wtedy liczne zwężenia. Z czasem masy te organizują się i tworzą się zwężenia pod postacią pasm albo pierścieni, w znacznym stopniu zniekształcających tchawicę.

Daleko częstsze są zwężenia w następstwie różnego rodzaju zabiegów, a więc po nacięciach wewnątrzkrtaniowych bez następczego metodycznego rozszerzania,— po langofissurach, przy których były stosowane obszerne cięcia części miękkich albo głęboka kauteryzacja, wreszcie po laryngektomji częściowej. *Moure* w 2 przypadkach laryngotomji przez kość gnykową spostrzegał zwężenia dzięki przedniotylnemu wydłużeniu krtani, jako wynik przecięcia kości gnykowej, chociaż ściśle mówiąc, nie bylo to zwężenie bliznowate. Wysoka tracheotomja, pomiędzy chrząstką tarczową i obrączkową

dokonana, często wywołuje stałą stenozę. Nieraz przyczyną zwężeń po dokonanej tracheotomji jest obawa usunięcia rurki w czasie właściwym, a potem tworzące się odleżyny stanowią już istotną przeszkodę.

Upośledzenia w oddychaniu zależą od ukośności ostrogi w przedniej ścianie tchawicy poniżej rurki, od ankilozy i nieczynności krtani, przerostu strun, oraz granulacyj powyżej rurki i obrzęku śluzówki. *Schmieden* wypracował schemat zmian, jakie zachodzą u osób ze stale zalegającą rurką w tchawicy.

Uszkodzenia naskutek odleżyny dolnej, na szczęście, są rzadkie. Owrzodzenia mogą tworzyć się przy ruchach rurki, zwłaszcza niedostatecznie gładkiej, rzadko one doprowadzają do większych zwężeń, ale mogą wpływać ujemnie na rozwój fizyczny dziecka nawet po usunięciu rurki tracheotomijnej. Wspomnieć należy o wypadkach odleżyn na tylnej ścianie przy użyciu ostrych okienkowatych rurek; wytwarzające się granulacje i rozwój tkanki łącznej tworzą zwężenia bardzo trudno poddające się rozszerzeniu.

Zwężenia, po wysokiej tracheotomji powstałe, są opisane przez *Schmiegelow'a i Moure'a*. Będąc w stałym zetknięciu z okolicą podstrunową, rurka hamuje ruchy krtani i, według *Castaneda*, gra rolę stałego ciała obcego, wywołując zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej i unieruchamia stawy obrączkowo-nalewkowe.

Po intubacji zwężenia rzadko powstają na skutek uszkodzeń przy wprowadzaniu tubusów, jednak znane są przypadki perforacji strun, zatok *Morgagniego* oraz dróg fałszywych pomiędzy chrząstką tarczową i obrączkową,— częściej jednak są wyrazem odleżyn, według statystyki *Bokay'a*, u dzieci przeważnie w pierwszych dwu latach z powodu ciężkiej dyfterji, w szczególności zaś po wtórnej dyfterji w przebiegu odry. Zdaniem *Bondin'a*, niemałą też rolę gra rodzaj rurki — metalowa prędzej nadżera śluzówkę, ebonitowa nie ma tej własności. Owrzodzenia na kółku pierścieniowatem zwężają krtań. *Bokay* dzieli te odleżyny na dwa rodzaje: albo uszkodzenia pozostają powierzchowne i nie dochodzi do komplikacji, albo też uszkodzenia dotyczą chrząstek, tworzą się erozje i ubytki. Ciężkie owrzodzenia odleżynowe chrząstki obrączkowej bywają pojedyńcze albo dwustronne, czasami łączą się z sąsiedniemi owrzodzeniami. Będąc powyżej rany tracheotomijnej, nie goją się przez dostateczne zbliznowacenie i dają pochop do wytwarzania się zwężeń przez ściągające się blizny i sprawa często dochodzi do zrostów. *Sargnon* opisuje przypadek, gdzie całkowite zrosty wytworzyły się w ciągu mie-

siąca. Według *Pobot* na 100 intubowanych przypada 1—2 ciężkie zwężenie bliznowate, wymagające tracheotomji, bywają bowiem względnie często zwężenia niekompletne, które objawiają się dusznością, wymagające interwencji, ale znacznie później, podczas, albo pod koniec rozwoju dziecka.

Pod względem anatomopatologicznym zależnie od istoty choroby należy odróżniać zwężenia bliznowate wewnątrzśluzowe od zwężeń chrząstkowych; pierwsze charakteryzują się błonami albo bliznami, mniej lub więcej zwężającemi światło krtani, w grę tutaj wchodzi błona śluzowa i podśluzowa, — drugie dotyczą chrząstki i ochrzęstnej i bywają pod postacią skurczeń chrząstki, ropienia, tworzenia się przetok wraz z sekwestrami lub bez nich, artrytów i ankiloz. Śluzówka i podśluzówka znacznie grubieją,—a to już duży defekt — bo deformacja szkieletu. Typem takich zwężeń jest laryngotyfus. W przebiegu tych zwężeń należy mieć na uwadze możność skostnienia chrząstek z wielką skłonnością do wytwarzania się stanów zapalnych. Dotyczą one najczęściej chrząstek obrączkowych lub okolic najbliżej nich położonych. Zwężenia wojenne mają charakter niemal wyłącznie chondrytów pierściennonalewkowych.

Postępowanie w zwężeniach jest dwojakie: profilaktyczne i lecznicze. W celach uniknięcia możliwych zwężeń stosujemy leczenie przeciwdyfterytyczne, przeciwkiłowe, klimatyczne, intubację i tracheotomję. Intubacja u dzieci nie powinna trwać dłużej nad 3 — 5 dni albo i krócej jeszcze, zależnie od wieku i musi być wykonana lege artis. Jeżeli jest konieczna tracheotomja — należy wykonać klasyczną, t. j. pod cartilago cricoidea; jeszcze mniej komplikacji daje tracheotomja dolna podłużna, czy poprzeczna, lecz z powodu trudności w wykonaniu oraz obawy krwotoku małe ma zastosowanie. W wypadkach nagłych cricotomia, o ile nie jest wykonana ściśle na linji środkowej, najczęściej prowadzi do zwężeń, trudno bez niej obejść się niekiedy w wypadkach wyjątkowo nagłych—potem jednak po dniach paru należy zrobić tracheotomję. Rurka nie powinna zalegać u dzieci dłużej niż 8 dni; w razie stanu gorączkowego, lub dalszego trwania zwężenia rurka musi pozostać dłużej. Przy laryngektomji częściowej i laryngofissurze, zwłaszcza przy stosowaniu radu, należy pamiętać o możliwości zwężeń przez tworzenie się ziarniny, blizn lub sekwestrów chrząstek.

Wreszcie pewne zabiegi wewnątrzkrtaniowe, jak zbyt energiczna galwanokaustyka—mogą też spowodować zwężenia, szczególnie przez zrosty strun głosowych.

U intubowanych z ciężką odleżyną można postępować w sposób dwojaki: albo stosuje się stałą intubację i rozszerzenia wewnętrzne bez tracheotomji, albo też wykonywa się wtórną tracheotomję z następczemi rozszerzeniami lub bez takowych.

Postępowanie lecznicze przy zwężeniach może polegać na rozszerzaniu tylko zwewnątrz, tylko zzewnątrz lub jednocześnie tak i owak. Środki, w tym kierunku stosowane, — jak to już zaznaczyłem na wstępie—są bardzo liczne.

Przy rozszerzaniu wewnętrznem nie należy używać podwójnych okienkowatych rurek, które dzięki podrażnieniu sprzyjają powstawaniu ziarniny i blizn, rurka wewnętrzna powinna być stanowczo bez okienka. Rurki do rozszerzania są dwojakiego typu: skrzydełkowate i w postaci litery T, albo też kominkowate typu Chiari. Skrzydełkowate są bardzo odpowiednie do badania, jednak z powodu stałego ograniczonego ucisku nie powinny być stosowane w celach rozszerzenia. Dilatatory o wielu ramionach małe mają zastosowanie z tego samego, jak wyżej powodu, pozatem są bardzo bolesne i nie mogą czas dłuższy pozostawać na miejscu. *Egidi* używał je przez wkładanie od dołu, aby ułatwić sobie intubację.

Rozszerzenie od góry coraz mniejsze ma dziś zastosowanie z powodu trudności wykonania oraz niepewnych wyników, stosuje się natomiast rozszerzanie od dołu przez otwór tracheotomijny ku górze.

Z metod dawniejszych należy wspomnieć o rurach *Schroettera*, *Frankerbergera*, o oliwach *Trendelenburga*, wreszcie o trójkątnych oliwkach *Schroettera*, które w rękach takich mistrzów, jak *Heryng i Pieniążek*, dawały bardzo dobre rezultaty. Stosowanie ich naogół dość trudne, a dłuższe pozostawianie w tchawicy wywołuje stany zapalne i nie może prowadzić do celu w tych razach, kiedy zwężenia są tuż nad rurką tracheotomijną.

Jako środek pomocniczy przy wprowadzaniu pierwszych ciał rozszerzających należy wspomnieć o nitce *Newmanna i Rouldes'a*.

Laryngologja dzisiejsza chętniej zwraca się do kauczuku, niż do metali w celu walki ze zwężeniami.

Sposoby wprowadzenia rurek kominkowych do miejsc zwężenia są bardzo różne, ale nie możemy w tem miejscu pominąć sposobu *Lublinera* z dużem powodzeniem stosowanego.

Ja robię to w sposób następujący:

Przedewszystkiem wybadam zgłębnikiem kanał naturalny, potem od góry wprowadzam rurkę metalową z pętlą drucianą we środku.

Kiedy koniec pętli ukaże się w otworze tracheotomijnym, przeciągam haczykiem pętlę przez ten otwór i po odjęciu haczyka nanizuję na pętlę rurkę kauczukową tej średnicy, jakiej jest rurka z drutem. Rurka jest dobrze posmarowana wazeliną. Zahaczamy pętlę, teraz jedną ręką wyciągamy wolne końce drutu, pociągając haczyk, który utrzymujemy drugą ręką zaczepiony za pętlę poniżej rurki kauczukowej, następnie podciągamy od góry rurkę metalową wraz z rurką kauczukową, która idzie za tamtą jak za konduktorem. Kiedy wyczuwamy, że jest już ona w miejscu zwężenia, haczyk zdejmujemy i wyciągamy drut. Oczywiście uprzednio do drenu przymocowujemy mocną jedwabną nitkę, którą potem przywiązujemy do rurki tracheotomijnej. Kiedy otwór przez stosowanie coraz grubszych rurek dostatecznie się rozszerzy, zamiast rurki metalowej z drutem, używamy rur *Schroettera* zawsze tej samej średnicy, jaką ma rurka rozszerzająca. *Pieniążek* i *Nowotny* bardzo dobrze sobie radzili przy zwężeniach twardzielowych, kiedy zrosty nie były zbyt rozległe—stosując tracheoskopję bezpośrednią. *Thost*, który stosował wyłącznie swoją metodę, na 50 przypadków miał 38 zupełnie wyleczonych. Niezależnie od *Thosta*, *Ucherman* używał bolców bardzo podobnych do bolców Thosta z tą jednak różnicą, że wprowadzał je po uprzedniem rozcięciu tkanki zwężającej.

Najczęstszą dotąd metodą zwalczania zwężeń u dzieci jest intubacja, przy której bardzo ważną gra rolę umiejętny dobór tubusa. Tubus początkowo wkłada się na dwa dni, potem coraz dłużej, jeżeli przeszkadza w jedzeniu, należy go na ten czas wyjmować. Gdy zwężenie jest dostatecznie rozszerzone tubus się usuwa, jednak co jakiś czas należy jeszcze intubować. Niektórzy autorowie stosują intubację u starszych z dobrym wynikiem, zwłaszcza przy kile (*Garel*). Intubacja bez tracheotomji jest niebezpieczna gdyż zawsze grozi zaduszenie przez zatkanie tubusa albo też przez jego wypadnięcie. Dlatego też zabieg ten należy stosować tylko w zakładach, gdzie jest dostatecznie wyszkolony personel pomocniczy. Stosować można intubację i w zwężeniach bliznowatych lub ciężkich funkcjonalnych u tracheotomowanych. Bardzo odpowiednie są tubusy z otworem okienkowatym, przypadającym nawprost otworu tracheotomijnego, przez który przymocowuje się rurkę prostopadle do okienka w tubusie. *Rogers* na 22 przypadki intubowanych miał 3 śmiertelne, gdzie raz nastąpiła śmierć wskutek zatkania, a drugi raz wypadnięcia, w trzecim przypadku było zapalenie nerek. Tenże *Rogers* wspomina o jednym chorym, który w ciągu sześciu lat oprócz intubacji miał 4 tracheo-

tomje i 3 laryngofissury z powodu bliznowatego zwężenia, ale w końcu wyzdrowiał. Wogóle leczenie intubacją wymaga wiele miesięcy a czasem nawet lat i nigdy nie obejdzie się bez tracheotomji albo laryngofissury.

Należy wspomnieć jeszcze o injekcjach tiosinaminy i fibrolizyny, które w rękach niektórych autorów *(Combes, Descos* i *Deygas)* stosowane wraz z metodami rozszerzającemi u osobników po tracheotomji miały dawać dobre wyniki.

Z metod chirurgicznych, stosowanych w zwężeniach krtani i tchawicy mamy cały szereg drobnych zabiegów endolaryngealnych, których mistrzem był *Schrötter*. Zabiegi te mogą dawać nawet bardzo dobre wyniki — wymagają jednak wielkiej techniki i wprawy operatora. Z większych zabiegów chirurgicznych stosujemy laryngofissurę, laryngotomję, laryngectomję całkowitą lub częściową wreszcie faryngotomję.

Laryngofissura jest zabiegiem naogół łatwym do wykonania i u dorosłych nie przedstawia większego niebezpieczeństwa dla życia. *Pieniążek*, który miał chyba największe doświadczenie w tym kierunku na 150 laryngofissur stracił tylko jednego chorego, ale kładł nacisk, aby przynajmniej na 8 dni przedtem była wykonana tracheotomja i robił laryngofissurę zawsze na zwieszonej głowie w pozycji Rose. Metoda ta wywołała w swoim czasie wiele sporów i opozycji głównie z powodu, że jakoby miała zawsze prowadzić do utraty głosu, dziś jednak należy do najważniejszych metod w leczeniu zwężeń krtani i tchawicy Pewne trudności możemy spotkać w razach retrakcji w okolicy chrząstek obrączkowych albo zrostów, na tylnej ścianie krtani powstałych — należy wtedy mieć na względzie możność uszkodzenia przełyku.

Po rozszczepieniu tchawicy wycinamy wszystkie blizny, poczem stosujemy metodyczne rozszerzenie w celu uniknięcia recydywy. W ciągu pierwszego dnia po laryngofissurze tamponujemy gazą okolicę nad rurką, a potem dopiero wstawiamy ciała rozszerzające. *Killian* stosował z powodzeniem paski z gąbki kauczukowej, któremi utrzymywał otwór laryngotrachealny. *Schmiegelow* po laryngofissurze wstawia dren gumowy i przeszywa go nitką srebrną przez boczne ściany tchawicy, fissura goi się per primam.

Laryngektomia całkowita jest zabiegiem bardzo ciężkim, daje b. wielki procent śmiertelności, prowadzi do utraty funkcji głosowej, powoduje w najlepszym razie większe kalectwo niż samo zwężenie bliznowate, nie może więc być tutaj brana pod uwagę i ma

zastosowanie, jak dotychczas, w zwężeniach spowodowanych sprawami nowotworowemi, kiedy chodzi o radykalne usunięcie organu wraz z nowotworem zgodnie z pojęciami dzisiejszej chirurgji.

Laryngektomja częściowa może być z powodzeniem stosowana w przypadkach zwężeń błoniastych ściśle zlokalizowanych. Po dolnej tracheotomji robi się całkowitą rezekcję segmentu z bliznami i przyszywa się tchawicę do krtani. Wskazania do tego zabiegu są bardzo ograniczone i wcale nie częste

Szkoła Ljońska z *Rabot*, *Sargnon'em i Barlatier'em* na czele w ostatnich czasach bardzo gorąco zaleca laryngostomję w bliznowatych zwężeniach krtani; zwalcza ją szkoła Wiedeńska, która utrzymuje, że rezultaty przy leczeniu konserwatywnem bezkrwawem nie są bynajmniej gorsze i osiąga się je w czasie nie dłuższym, jak szkoła Ljońska — a o to przecież głównie idzie tej ostatniej.

Sargnon bardzo rozszerzył zakres wskazań do laryngostomji, którą podług niego z powodzeniem można stosować przy zastarzałych zwężeniach bliznowatych u intubowanych i tracheotomowanych, ale nigdy w okresie owrzodzeń; — dalej idą uporczywe recydywujące papillomaty przy jednoczesnem zastosowaniu radjum. W danym razie *Sargnon* zgadza się ze szkołą włoską i belgijską, które też stosują laryngostomję przy bardzo uporczywych papillomatach. Dalej następują — twardziel, przetoki przełykowo-krtaniowe, paraliże i ankilozy strun, gruźlica i wilk. Na 250 przypadków *Sargnon* miał 12 zejść śmiertelnych — w tem 5 z powodu komplikacji płucnych. Zabieg dokonywa się w pozycji *Rose* w znieczuleniu miejscowem lub lekkiej narkozie ogólnej. Cięcie skórne jak przy laryngofissurze i te same trudności, o których wyżej była mowa. Cięcie powinno iść od otworu tracheotomijnego niezależnie od miejsca tego otworu od dołu ku górze przez całą długość krtani. Jeżeli tylko można zaoszczędzić okolicę strun, to nawet u dzieci należy wykonać crico-tracheotomję. Śluzówkę i chrząstkę przyszywa się do skóry zapomocą trzech szwów z każdej strony. *Moure* i szkoła włoska nie robią tego. Poczem rozwiera się ranę i wycina możliwie wszystką tkankę bliznowatą, usuwa się też i przednią ostrogę powyżej rurki tracheotomijnej oraz wszystkie przetoki i sekwestry. W zwężeniach traumatycznych wojennych *Moure*, *Canuyt* i *Sargnon* usuwali wszystko, co się tylko dało usunąć, nie wyłączając nawet strun głosowych. Następnie zakłada się tampon z gazy, albo też dren kauczukowy owinięty gazą; dopiero po 8 dniach zakłada się kauczuk bez gazy. Tampon powinien szczelnie wypełnić ranę i tylny kąt poza rurką. Po zatamponowaniu wstawiamy rurkę

tracheotomijną. Postępowanie pooperacyjne jest bardzo żmudne, wymaga wielkiej troskliwości i najlepiej jeżeli jest prowadzone stale przez jedną osobę z tego chociażby względu, że każdy przypadek należy bardzo indywidualizować. Rozszerzenie należy prowadzić bardzo systematycznie, nie śpiesząc się zbytnio z większemi kalibrami, gdyż przy zbyt szybkiem rozszerzeniu łatwo wywołamy zgorzel; dreny należy w początkach zmieniać co 2 — 3 dni, potem co 4 — 6. Rozszerzać trzeba zawsze poza granicę koniecznej potrzeby, mając na względzie, że następczo krtań zawsze nieco się zwęzi. Kiedy rozszerzenie jest już dostateczne — szczególnie w przypadkach uporczywych stosuje się genjalny sposób *Herynga*, polegający na wstawianiu rurki do długiego drenu kauczukowego z okienkiem u dołu, przyczem początkowo ustawia się dren a potem rurkę, metoda ta wymaga pewnej wprawy, ale znacznie przyśpiesza proces rozszerzenia.

W celach zabezpieczenia od nawrotu zwężenia po operacjach, zwłaszcza na chrząstkach obrączkowych dokonanych, możemy uciec się jeszcze do operacji plastycznych. *Schimmelbusch* używał do implantacji płata ze skóry i kości, mostka albo obojczyka, *König* junjor — ze skóry i chrząstki tarczowej, *Mangoldt*—z kawałka chrząstki wraz z ochrzęstną z 7 lub 8 żebra, kawałek taki wprowadzał pod skórę w pobliżu przetoki i po kilku miesiącach tym kawałkiem zakrywał defekt. Operację tę wykonywał *Mangoldt* najchętniej przy defektach chrząstki tarczowej.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu

w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego
Kierownik Prof. *J. Szmurło.*

Znieczulenie avertynowe a odruchy błędnikowe.

Doc. Dr. TADEUSZ WĄSOWSKI.

Dla znieczulenia do większych zabiegów operacyjnych używamy stale w wileńskiej klinice otolaryngologicznej narkozy eterowej przez odbytnicę. W bieżącym roku akademickim zaczęliśmy w tym celu stosować avertynę, jako znieczulenie podstawowe (Basisnarkose),

usypiając następnie chorych eterem drogą inhalacyjną. Uwagi ogólne, dotyczące znieczulenia avertyną, będą podane przez jednego z kolegów asystentów kliniki po odpowiedniem zestawieniu zebranego na klinice materjału, mnie zaś w pracy niniejszej interesowała wyłącznie sprawa wpływu tego znieczulenia na czynność błędnika.

W roku 1929 podałem wyniki mych badań nad zachowaniem się odruchów błędnikowych w narkozie eterowej. Wykazały one, że w początku uśpienia, gdy chory jest zupełnie przytomny, a nieraz niema jeszcze objawów podniecenia, w pewnej chwili dają się zauważyć szybkie nystagmiczne ruchy gałek ocznych w kierunku patrzenia; ruchy te spostrzegamy przy patrzeniu wbok, wgórę, wdół, ukośnie; są one zawsze prostolinijne. W wielu przypadkach nystagmiczne ruchy gałek ocznych występują wcześniej od objawów podniecenia chorego. Giną one zwykle z chwilą zjawienia się senności. W tym momencie spostrzegamy inne zjawisko — powolne ruchy gałek ocznych od linji środkowej wprawo lub wlewo i z powrotem do linji środkowej. Ruchy te trwają przez czas dłuższy. W głębokiej narkozie i te powolne ruchy giną, gałki oczne są skoszone wbok, lub wgórę, niekiedy występuje zboczenie rozbieżne. Po mijaniu uśpienia najpierw wracają powolne ruchy gałek ocznych, potem szybkie nystagmiczne ruchy. Pobudliwość cieplna błędnika najpierw zostaje bardzo wzmożona, z chwilą zaś zjawienia się samoistnych powolnych ruchów gałki ocznej ginie, przyczem wcześniej znika szybki komponent oczopląsu cieplnego, potem dopiero powolny.

Ponieważ uśpienie avertynowe różni się od narkozy eterowej odbytniczej znacznem skróceniem lub nawet brakiem okresu pobudzenia, należało sprawdzić zachowanie się odruchów błędnikowych. W tym celu badaliśmy usypianych przez cały czas działania avertyny, a w przypadkach, w których dodawano jeszcze eteru, mogliśmy porównywać wpływ obu tych środków na błędnik. W kilku przypadkach po avertynie wystąpiło zupełne zamroczenie i nawet jakby sen, wobec czego eteru nie dodawano — w tych przypadkach mieliśmy możność kontrolować odruchy oczne błędnika w uśpieniu wyłącznie avertynowem. Materjał naszych spostrzeżeń klinicznych, które są wstępem tylko do dalszych szczegółowych badań doświadczalnych, obejmuje 12 przypadków uśpienia avertyną. Możemy go podzielić na trzy grupy. Do pierwszej zaliczamy przypadki, w których avertyna wywołała zaledwie pewne zamroczenie chorych, do drugiej — przypadki zupełnego uśpienia avertynowego, do trzeciej wreszcie — te, w których po osiągnięciu zamroczenia od avertyny dodano inhalacyjnie eteru.

Po małej dawce avertyny chory odczuwa pewne uspokojenie, a raczej ociężałość i nieznaczną senność. Wtedy możemy zauważyć drobne drżenie gałek ocznych przy patrzeniu wbok. Trwa to krótką chwilę, poczem przy pogłębianiu się senności występują w części przypadków powolne ruchy gałek ocznych, lecz nie tak wybitnie, jak to widzieliśmy w uśpieniu eterowem. W innych przypadkach nie mogliśmy wcale tego okresu odnotować: po 1—2 min. drobnych nystagmicznych ruchów gałki ocznej przy patrzeniu wbok odrazu występowało unieruchomienie gałki ocznej w pozycji normalnej — odpowiadało to chwilom głębokiej senności. W dwóch przypadkach badanie nasze wywołało budzenie się pacjenta. Mogliśmy wtedy zauważyć zjawianie się drżenia gałek ocznych przy patrzeniu wbok, poczem znów ruchy gałek ocznych ustawały z chwilą usypiania.

Porównywując zachowanie się gałek oczych w uśpieniu avertyną z uśpieniem eterowem widzimy duże podobieństwo: i tu i tam najpierw występował okres drobnych nystagmicznych ruchów gałki ocznej, jako wyraz podrażnienia dróg odruchowych, potem okres powolnych ruchów gałki ocznej, poczem wszelkie ruchy ginęły. Okres podrażnienia w uśpieniu avertynowem jest naogół znacznie krótszy aniżeli w uśpieniu eterowem, dlatego też w pewnych przypadkach, w których zastosowaliśmy dawkę większą środka, okres ten trwał zaledwie 1—2 minuty, objawiając się drobnem drżeniem gałek ocznych w kierunku spojrzenia. W przypadkach, w których prócz avertyny dodawaliśmy eteru, ten ostatni nie zmieniał w niczem działania avertyny na odruchy oczne błędnika. Tam gdzie już żadnych ruchów gałki ocznej nie spostrzegaliśmy, po eterze ruchy nie zjawiały się. W przypadkach, w których dodanie eteru nastąpiło w chwili trwania drobnych ruchów gałek ocznych, jak również w okresie powolnych ruchów oka, te ostatnie odrazu ginęły — gałki oczne przyjmowały pozycję nieruchomą jak w głębokiem uśpieniu eterowem.

Próba cieplna zachowywała się nieco odmiennie: już nawet w okresie wczesnym (drobnych ruchów gałki ocznej) nie mogliśmy płókaniem ucha wywołać oczopląsu cieplnego. Oczywiście, dotyczyło to tembardziej późniejszych okresów uśpienia.

Część doświadczalną naszych badań przeprowadziliśmy na królikach. Badaliśmy wpływ avertyny na odruchy oczne błędnika, na pobudliwość cieplną, wreszcie kontrolowaliśmy zachowanie się odruchów statycznych i stato-kinetycznych. Odruchy oczne błędnika zapisywaliśmy na taśmie kimografjonu. Okazało się, że nietylko duże dawki avertyny (2 gr. na Kgr. wagi), które odrazu wywołują sen,

lecz również dawki małe (0,2—0,3) nie dawały samoistnych ruchów gałek ocznych ani w normalnej pozycji zwierzęcia na brzuchu, ani też w bocznej. Odruch cieplny nawet od małej dawki avertyny zmniejszał się znacznie—osłabienie zwykle dotyczyło progu pobudliwości błędnika na bodźce cieplne: oczopląs zjawiał się później, czas trwania jego nie zmieniał się w stosunku do normy. Na tablicy 1 widzimy żywy Ny. hor. ant. wywołany płókaniem ucha zimną wodą po dawce 0,1 avertyny. Oczopląs ten trwa długo po przerwaniu płókania, jak to bywa w normie, zjawia się jednak prawie przy końcu płókania.

Ogólnego działania avertyny na zwierzę w tym okresie nie spostrzegaliśmy. Z chwilą wystąpienia senności dopiero kilkakrotne dłuższe płókanie ucha było w stanie wywołać oczopląs pod postacią zaledwie pojedyńczych ruchów gałki ocznej. Na tablicy 2 widzimy właśnie taki oczopląs jako skutek czterokrotnego płókania ucha królika.

W okresie uśpienia odruch cieplny znikał zupełnie, wcześniej od odruchu rogówkowego. Okres budzenia się zwierzęcia znamionowało wzmożenie pobudliwości cieplnej; krótkotrwałe podrażnienie ucha zimną wodą wywoływało odrazu żywy oczopląs, trwający długo po przerwaniu podrażnienia, co widzimy na tablicy 3.

Samoistnych ruchów gałki ocznej w tym okresie nie było.

Z innych odruchów błędnikowych najpierw znikał odruch dźwigu, potem odruch gotowości skoku (wpierw przy podnoszeniu zwierzęcia), następnie grupa odruchów ustawienia. W dalszym ciągu słabł odruch kompensacyjnego pionowego ustawienia gałki ocznej, odruch głowy, a potem oczu na obracanie, wreszcie na ostatku odruch rogówkowy. Przy budzeniu się zwięrzęcia zjawianie się poszczególnych grup odruchów następowało bardzo szybko w kierunku odwrotnym. Najdłużej był zahamowany odruch na ruchy postępujące, zwłaszcza odruch dźwigu.

Badania na zwierzętach potwierdzają nasze spostrzeżenia na chorych usypianych avertyną. Małą różnicę polegającą na tem, że u zwierząt okresowi senności towarzyszyło osłabienie odruchu cieplnego, natomiast u ludzi bodźce cieplne nie w stanie już były w tym czasie wywołać odruchu ocznego, należy objaśnić, naszem zdaniem, wyłącznie słabszym wpływem usypiającym środka na ustrój królika.

Porównywując wpływ avertyny na odruchy błędnika z działaniem na błędnik eteru, chloroformu, alkoholu, widzimy naogół dużo cech podobnych. Jedynie znaczne skrócenie okresu pobudzenia, szybkie obniżenie pobudliwości cieplnej błędnika wyróżnia znieczulenie aver-



Tabl. 1.



Tabl. 2,



Tabl. 3.

tyną od narkozy środkami grupy tłuszczowej. To obniżenie pobudliwości błędnika jest cechą ważną, gdyż dzięki niej avertyna może, naszem zdaniem, nadawać się jako znieczulenie podstawowe (Basisnarkose) razem ze znieczuleniem miejscowem do zabiegów na chorem uchu. Zmniejszając lub znosząc ogólne podniecenie chorego (lepiej od innych w tym celu używanych środków), osłabiając lekko wrażliwość błędnika, avertyna może być pożyteczną w tych zabiegach usznych, gdzie użycie ogólnej narkozy mogłoby być niepożądane.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor Kliniki: Prof. D-r *Teofil Zalewski.*

Przypadek „Choroby Menière'a".

Podał D-r G. WOLNER.

W r. 1861 opisał poraz pierwszy lekarz francuski *P. Menière* jednostkę chorobową, która wkrótce potem została nazwana od jego nazwiska „Chorobą Menière'a. Z pośród 11 przez niego zaobserwowanych przypadków, jeden był najważniejszy, ponieważ skończył się zejściem śmiertelnem, a autopsja pozwoliła wyjaśnić dokładnie istotę danego schorzenia. Przypadek dotyczył młodej dziewczyny, która po podróży w zimie, wśród miesiączki, zachorowała nagle z objawami wysokiej ciepłoty, zawrotów głowy, wymiotów i szumu w uszach z następczą głuchotą obustronną. Po kilku dniach nastąpiło wśród opisanych objawów zejście śmiertelne. Sekcja ucha wewnętrznego wykazała świeży wylew krwi do wszystkich wolnych przestrzeni ucha wewnętrznego po obu stronach, pozatem autopsja dała wynik ujemny. Klasyczny ten przypadek dał początek klinice ucha wewnętrznego, w szczególności jego części przedsionkowej. Na tej podstawie bowiem podał *Menière* obraz choroby, wywołanej przez uszkodzenie części przedsionkowej ucha wewnętrznego. Z głównych objawów tej choroby wymienia: zawrót głowy z nagłym upadkiem, wymioty, szum w uszach, większe lub mniejsze upośledzenie słuchu, czasami nawet zupełną głuchotę oraz ogólne, ciężkie osłabienie chorego. W przy-

padkach lżejszych objawy ogólne jakoteż ze strony narządu słuchowego występują z mniejszem nasileniem. Opisywane przez *Menière'a* przypadki dotyczyły ludzi, którzy przed tem nie chorowali na uszy, u których przyszło do nagłego uszkodzenia narządu przedsionkowego, dotychczas zdrowego. Jako przyczynę przyjmował wylew krwi a rzadziej zmiany naczynioruchowe w obrębie ucha wewnętrznego.

Trzy główne objawy opisane przez *Menière'a*: upośledzenie słuchu, zawrót głowy i wymioty zauważano później przy wszystkich schorzeniach ucha wewnętrznego, powstałych czy to wskutek przejścia zmian chorobowych bezpośrednio z otoczenia, czy też wskutek przeniesienia się czynników chorobotwórczych z dalszych narządów organizmu. Jeżeli w tych przypadkach występowały wspomniane objawy, mówiono o zespole objawów *Menière'a*, w przeciwieństwie do właściwej choroby *Menière'a* (*Politzer*, *Smith* i *Knapp* i in.) Wykluczono z tej grupy schorzeń podobne objawy powstające z przebiegu schorzeń mózgu i móżdżku bez udziału ucha wewnętrznego. Przeciw temu podziałowi występuje *Frankl-Hochwarth*, proponując jednolite określenie: „Zespół objawów Menière'a" we wszelkich uszkodzeniach lub schorzeniach narządu przedsionkowego, gdzie występują wspomniane objawy. Natomiast Pseudo-Menièrem nazywa przemijające objawy Menière'a przyrody funkcjonalnej, powstające na tle neurasteńji lub histerji.

Ten podział jakoteż propozycja *Barany'ego* porzucenia wogóle nazwy: Choroby Menière'a, Zespołu objawów Menière'a i Pseudo-Menière'a, a we wszystkich tych przypadkach mówienia o schorzeniach narządu przedsionkowego — nie przyjęły się ogólnie. Możemy zaryzykować zdanie, że w dzisiejszej otjatrji dość powszechnie utrzymuje się podział, podany przez samego *Menière'a* i określony następnie dokładnie przez *Politzera*.

Przypadki „prawdziwej choroby Menière'a" należą do rzadkości. Lekarz bowiem przeważnie staje przed chorym po napadzie tej choroby albo wśród niej, a więc wówczas, gdy uszkodzenie ucha wewnętrznego świeżo powstałe, nie pozwala ustalić stanu poprzedzającego schorzenie. Trudno wtedy odpowiedzieć na pytanie, czy przed napadem ucho było zdrowe, a przecież tylko wówczas można mówić o „Chorobie Menière'a". To też słuszne wydaje się zdanie tych autorów (*Steinbrügge*, *Schwabach* i in.), którzy przypuszczają w przeważnej ilości opisywanych przypadków Choroby Menière'a, już istniejącą, utajoną niedomogę narządu słuchowego.

Przypadek spostrzegany przez nas wydaje się nam być typową postacią Choroby Menière'a.

K. G. k. l. 19. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Z chorób dziecięcych przechodziła odrę i koklusz. W 5 roku życia chorowała przez 6 tygodni na dur brzuszny. Pozatem dotychczas nie chorowała, w szczególności nigdy nie doznawała żadnych dolegliwości ze strony uszu. Pierwsza miesiączka w 12 roku życia, nieregularna i bolesna. Obecna choroba zaczęła się przed 2 dniami w pierwszym dniu miesiączki, nagłem uczuciem zatkania i szumem w uchu lewem oraz lekkim zawrotem głowy. Równocześnie wystąpiło ogólne zmęczenie i niechęć do pracy, mimo to chora jeszcze przez 2 godziny została przy swem zajęciu. Rano następnego dnia powtórzyły się zawroty głowy, utrzymując się przez cały dzień o słabem nasileniu oraz uczucie zatkania i szum w uchu lewem; chora zmuszona była pozostać w łóżku.

S t a n o b e c n y. (trzeciego dnia od początku choroby). Ciepłota prawidłowa, tętno miarowe, 84 na minutę. Badanie narządu słuchowego: błony bębenkowe nieco zmatowiałe, wciągnięte. Słuch: po obu stronach prawidłowy. Badanie narządu wzrokowego: źrenice obie równe, oddziaływują prawidłowo na światło i akomodację.

Ponieważ chora cierpiała na dysmenorhoeę odnosiliśmy ów zawrót głowy na karb miesiączkowania, a szum na karb zajęcia trąbki. Zaordynowano bezwzględny spokój i zażywanie 3 razy dziennie bromuralu z luminalem.

Następnego dnia przed południem wystąpiły pierwsze silne zawroty głowy, wymioty i dokuczliwe dzwonienie w uchu lewem oraz niemożność utrzymania równowagi nawet przy podnoszeniu głowy w pozycji leżącej. Stan pozatem jak dnia poprzedniego. Badanie okulistyczne: dno oka po obu stronach prawidłowe. Badanie neurologiczne dało wynik ujemny. Internistycznie: narządy wewnętrzne bez zmian. Zaordynowano w czopkach: Luminal 0,024, Extr. Bellad.—0,01, Bromurali 0,25, Calc. lact. 0,30. Rozpoznanie skłania się w kierunku choroby Menière'a.

Piątego dnia choroby: wymioty i zawroty głowy utrzymują się przez cały dzień i potęgują się przy poruszeniach głowy a ustają chwilowo przy ułożeniu głowy na lewym boku. Chora leży z przymkniętemi oczyma, co chwila występują nudności i następczo wymioty. Chora skarży się stale na dzwonienie w uchu lewem. Stan obecny: wyraźny oczopląs drobnouderzeniowy, poziomy, skierowany na prawo.

Słuch: Weber na prawo, Schwabach po lewej stronie skrócony. Rinne dodatni. Znaczne upośledzenie dla tonów niskich i wysokich. Szept na 1 m., mowa głośna na 4 m. Neurologicznie: wynik ujemny. Rozpoznanie: Morbus Menièri. Leczenie: bezwzględny spokój, ułożenie chorej na lewym boku i podawanie płynnych pokarmów w temże położeniu, środki uspakajające.

Szóstego i siódmego dnia choroby stan chorej nie uległ naogół większym zmianom. Oczopląs już grubouderzeniowy, potęgujący się przy ułożeniu chorej na wznak lub na prawym boku. Badanie stroikami w porównaniu z poprzedniem — bez większych zmian. Szept — ad concham, mowa głośna na półtora metra. Badanie krwi: Wa. (—) Cytolog.: Czerw. ciałka krwi: 4410000, Białe — 10.000, Trombocyty 190.000, Młode — 15, Monocyty — 5, z jądrem segm. — 78, z jądrem pałeczkowatem — 2, brak kwasochłonnych. Index 88. Krzepliwość — prawidłowa.

Ósmego i dziewiątego dnia stan chorej nie uległ zmianie. Począwszy od dziesiątego dnia stan chorej zaczął się poprawiać. Wymioty i zawroty głowy występowały coraz rzadziej, poczucie ogólne chorej zaczęło się poprawiać. Utrzymuje się stale dzwonienie w uchu lewem oraz upośledzenie słuchu. Oczopląs mniej żywy, występuje tylko przy zmianie położenia głowy. Słuch jak ostatnio. Neurologicznie jak poprzednio bez zmian, ciepłota stale prawidłowa, tętno miarowe, 84 na minutę.

Trzynastego dnia chora czuje się dobrze, przy zmianie położenia głowy występują zawroty głowy, w pozycji leżącej chora zawrotu głowy nie odczuwa. Krew: Ciałka białe: 6,800, młode — 25, monocytów — 8, kwasochłonne — 1, z jądrem segmentowanem — 64, z pałeczkowatem — 2.

Czternastego dnia chora siada w łóżku, przy próbie wstawania wystąpiły zawroty głowy, które ustały po ułożeniu się chorej. Pozatem chora ma się dobrze.

Po 2 tygodniach chora stopniowo opuszcza łóżko, przyczem próbom wstawania i następnie chodzenia towarzyszą stale zawroty głowy, chwilowe nudności i zaburzenia równowagi. Chora skarży się stale na dzwonienie w uchu lewem i okresowo występujące zawroty głowy. Słuch jak ostatnio, tylko wystąpiło bardzo znaczne upośledzenie na tony wysokie (C_4). Ze względu na stan ogólny chorej nie przeprowadzało się jeszcze badania przedsionków.

Po 3 tygodniach chora oddaje się swoim zajęciom. Chora skarży

się na stałe dzwonienie i upośledzenie słuchu ucha lewego oraz na występujące od czasu do czasu zawroty głowy i ból głowy.

Czwartego tygodnia W. na prawo. Słuch po prawej stronie prawidłowy. Po lewej Schwabach skrócony znacznie, tony niskie prawie do wydzwonienia, wysokie bardzo silnie upośledzone, szept na $^1/_2$ m., mowa głośna na 1.5 m. — Badanie przedsionków (kaloryczne: (woda o temp. 20^0 C.) po prawej po 60 $cm.^3$ oczopląs drobnouderzeniowy w lewo, utrzymywał się przez 2 min., padanie i próba *Barany'ego* na prawo. Po lewej — po 120 $cm.^3$ wody leniwy grubouderzeniowy oczopląs w prawo, padanie i próba *Barany'ego* ujemne. Obrót poziomy — w prawą stronę oczopląs przez 24, w lewą przez 13 sek.

W naszym przypadku mamy do czynienia z osobnikiem młodym, u którego wśród zupełnego zdrowia wystąpiły nagle objawy ze strony ucha wewnętrznego. Początkowo objawy pojawiły się o słabem nasileniu. Ta okoliczność właśnie była bardzo ważna, gdyż pozwoliła nam śledzić chorobę od samego początku, a co najważniejsze, mogliśmy jeszcze wtedy stwierdzić, że ucho lewe jest zdrowe. Na tej podstawie uważamy nasz przypadek za typowy.

Same objawy odpowiadały zupełnie uszkodzeniu ucha wewnętrznego lewego, co zostało stwierdzone przez badanie otjatryczne i neurologiczne. Jak i w innych podobnych przypadkach nasilenie objawów ze strony narządu Cortiego, t. zn. upośledzenie słuchu w przebiegu choroby postępowało, podczas gdy podrażnienie aparatu przedsionkowego z biegiem czasu stopniowo się uspakajało. Badanie krwi wśród napadu wykazało brak ciałek kwasochłonnych, w wypadku, w którym na skutek podrażnienia układu parasympatycznego należałoby się ich raczej spodziewać we wzmożonej ilości — tłumaczyć chyba możemy chwilowem porażeniem tego układu. Co do przyrody danego uszkodzenia należałoby przyjąć wylew krwi do ucha wewnętrznego, poprzedzony przez małą wybroczynę, powodującą owe początkowe objawy. Za takiem tłumaczeniem przyrody uszkodzenia przemawiałaby między innemi znaleziona we krwi leukocytoza. Młody wiek chorej i prawidłowa krew utrudniają znalezienie etjologji danego schorzenia. W naszym przypadku objawy wystąpiły podobnie jak w klasycznym przypadku Menière'a w przebiegu miesiączki. Badania końcowe wykazują jako zejście choroby częściowe zniszczenie ucha wewnętrznego.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. D-r *J. Szmurło.*

Ostre zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego u dzieci.

Podał D-r N. WOŁKOWYSKI.

Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci, a zwłaszcza u niemowląt i we wczesnem dzieciństwie jest cierpieniem stosunkowo bardzo częstem. Możemy zgodzić się z *Hechtem*, ujmującym kwestję ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci, jako chorobę wieku dziecięcego. Dotychczas fakt ten jest mało przez pedjatrów doceniany, czego dowodem mogą służyć wypadki zapominania konieczności zbadania uszu u dziecka gorączkującego. Często przyczyna gorączkowania dziecka wyjaśnia się z chwilą powstania wycieku z ucha, że zaś przedziurawienie błony bębenkowej u niemowląt i małych dzieci następuje stosunkowo później, aniżeli u dorosłych, gdyż po 1 — 2 tygodniach istnienia zapalenia ucha, toteż dziwić się nie należy, że proces chorobowy w ciągu tego czasu zdążył wyżłobić duże zmiany miejscowe, jakoteż odbić się ujemnie na całym ustroju dziecka. Dla wykazania, jak częste są cierpienia uszu u dzieci, można przytoczyć dane z materjału statystycznego *Pirqueta*, podawane przez *Hechta* z których wynika, że w Wiedniu, w ciągu dziewięciu lat (1911—1920) zanotowano 11118 zejść śmiertelnych dzieci z powodu rozmaitych cierpień ucha. *Hartmann* podaje, że badając dokładnie wszystkie niemowlęta, przyjmowane do szpitali mógł u nich w 78% stwierdzić cierpienia uszu. Podobny odsetek zmian w uszach stwierdził *von Tröltsch* na materjale sekcyjnym.

Z materjału ambulatoryjnego Kliniki Oto-laryngologicznej U.S B. w Wilnie wynika, że na 3803 chorych ambulatoryjnych (połowa materjału ambulatoryjnego za lat sześć, od 1926 do 1931 r.) przypada 334 cierpiących na ostre zapalenie ucha środkowego, co wynosi 8,8%. Na dzieci do lat dziesięciu przypada 157, czyli 47% wszystkich ostrych zapaleń ucha środkowego.

Z tego na dzieci do pierwszego roku życia	przypada	41,	co stanowi	26%
od 1-go do 3-go	„ „	60,	„	38%
od 5-go do 10-go	„ „	56,	„	36%

Z tego zestawienia wynika, że największa liczba (64%) ostrych zapaleń ucha środkowego u dzieci przypada na pierwsze pięciolecie. Co się tyczy niemowląt, to średnio oblicza się ilość ropotoków usznych na 5—6%. Zaznaczyć jednak należy, że ilość ostrych zapaleń ucha środkowego u niemowląt jest większa. Jak *Erdelyi* i *Bedö* podają, na 38 przypadków perforowanych zapaleń ucha środkowego przypada 91 przypadków nieperforowanych.

Co się tyczy płci, to większość autorów podaje przewagę zachorowalności na ostre zapalenie ucha środkowego mężczyzn nad kobietami. Podług *Bezolda* stosunek procentowy mężczyzn do kobiet wynosi 58 i 42. Podług *Hechta* u dzieci do czternastu lat przypada na chłopców 53,5%, na dziewczęta 36,5%. W naszym materjale liczba ostrych zapaleń ucha środkowego u mężczyzn wynosi 52,7%, u kobiet 47,3%. U dzieci zaś do dziesiątego roku życia przewaga płci męskiej jest jeszcze większa: na 57,3% chłopców przypada 42,7% dziewcząt.

Przyczynę tej przewagi mężczyzn nad kobietami w zachorowalności na ostre zapalenie ucha środkowego przypisuje się większemu narażeniu mężczyzn na szkodliwości życia codziennego. Gdyby rzeczywiście wpływy zewnętrzne odgrywały tu znaczniejszą rolę, to ta przewaga chłopców nad dziewczętami tem więcej zaznaczyłaby się u dzieci w wieku szkolnym. W rzeczywistości zaś statystyki wykazują zjawisko wprost odwrotne. W naszym materjale u dzieci do lat pięciu na 62 chłopców przypada 39 dziewcząt, co wynosi 61% chłopców i 39% dziewcząt. U dzieci zaś od pięciu do dziesięciu lat na 28 chłopców przypada 28 dziewcząt, co wynosi po 50%. Widzimy więc, że u dzieci powyżej lat pięciu przewaga płci męskiej znacznie zmniejsza się.

Przechodząc do kwestji przewagi jednej ze stron, należy wspomnieć, że w niektórych chorobach daje się spostrzegać przewaga strony czy to prawej, czy lewej.

Aufrecht podaje, że na 1430 przypadków krupowego zapalenia płuc stwierdził zajęcie strony prawej 742 razy, strony lewej 426 razy i obydwu stron 262 razy. Z tego wynika, że na samą stronę prawą przypada 51,9%. Co się tyczy ostrego zapalenia ucha środkowego, to w naszym materjale daje się stwierdzić przewaga strony prawej. Ze 157 ostrych zapaleń ucha środkowego u dzieci do lat dziesięciu przypada na stronę prawą 74 (47%), na stronę lewą 57 (36%) i na obydwie strony 26 (17%).

Widzimy więc, że przewaga strony prawej jest zupełnie wyraźna. Ze względu na to, że w powstawaniu zapalenia ucha środkowego znaczną rolę odgrywa budowa anatomiczna, warto przytoczyć, że *Marx* na 31 rozmaitych wad rozwojowych ucha środkowego w 22 przypadkach stwierdził je po stronie prawej, zaś tylko w dziewięciu po stronie lewej. Godnemi uwagi są zestawienia, dotyczące zajęcia stron przy jednoczesnem zachorowaniu płuc i ucha środkowego. *Cemach* podaje, że przy jednoczesnem istnieniu gruźlicy płuc i schorzeniu ucha środkowego w 82% stwierdza się jednoimienność stron. Badania zaś *Hechta* wykazują, że powstające w przebiegu krupowego zapalenia płuc ostre zapalenie ucha środkowego w 65% występuje po stronie jednoimiennej z zajętem płucem.

Na stosunkowo bardzo częste występowanie ostrego zapalenia ucha środkowego u niemowląt i małych dzieci składa się cały szereg przyczyn. Jako najczęstszą przyczynę wymienia się odrębność w budowie ucha środkowego. Jama bębenkowa niemowląt zawiera dużo śluzu i jest poprzedzielana licznemi fałdami i przegródkami z tkanki łącznej zarodkowej. *Weiss* stwierdził, że tkanka zarodkowa w jamie bębenkowej może przetrwać do drugiego roku życia dziecka. Jama bębenkowa niemowlęcia nie stanowi jak u dorosłego jednolitej jamy, a składa się z małych przestrzeni, w których łatwo może utrzymywać się proces zapalny. Jako również bardzo ważną przyczynę należy wymienić odrębność w budowie trąbki Eustachjusza, która u małych dzieci i niemowląt jest krótsza i szersza aniżeli u dorosłego, nie posiada zwężeń i leży niżej, a mianowicie na poziomie podniebienia twardego. *Hartmann i Göppert* wymieniają jako bardzo częstą przyczynę powstawania ostrego zapalenia ucha środkowego zaburzenia pokarmowe i oddechowe, tak częste u małych dzieci, a zwłaszcza u niemowląt. Cząstki pokarmowe lub śluz, przedostając się drogą trąbek z jamy nosowo-gardłowej do jamy bębenkowej, mogą bądźto zawlec ze sobą zarazki, bądźto wywołać jako ciała obce stan zapalny śluzówki jamy bębenkowej, czyniąc ją w ten sposób podatną na wtórne zakażenie. *Aschoff*, a za nim *Wittmaack* wyodrębniają postać t. zw. plastycznego zapalenia ucha środkowego u niemowląt, wywołanego cząsteczkami ciał obcych, przedostających się drogą trąbkową do jamy bębenkowej. Tem też tłumaczy *Wittmaack* fakt, że *Preysing* w znacznym odsetku stwierdził jałową zawartość ucha środkowego u niemowląt, pomimo istnienia zmian zapalnych. Już sam krzyk dziecka, zdaniem *Gomperza*, powoduje powstanie ruchu powietrza z jamy nosowo-gardłowej ku jamie bębenkowej, o czem przekonywa nas

kropla ropy zmieszana z powietrzem, ukazująca się w przedziurawieniu błony bębenkowej za każdym krzykiem dziecka. To nam tłumaczy, dlaczego zapalenia uszu tak często powstają u niemowląt wychudłych, które cierpią na rozmaite zaburzenia połykowe i oddechowe, które tak łatwo ulegają infekcji i u których tak obficie nagromadza się śluz w jamie nosowo-gardłowej. Z tego prawdopodobnie powodu dzieci sztucznie odżywiane zapadają częściej na zapalenie ucha środkowego od dzieci odżywianych piersią. *Alexander* dopatruje się częstości ropień usznych u niemowląt w ich poziomem położeniu, uważając, że z tego powodu cząstki pokarmowe lub płyny, przy powstawaniu zaburzeń połykowych lub oddechowych łatwiej mogą się przedostać przez trąbki do jamy bębenkowej. Jako przyczynę powstawania zapaleń ucha środkowego u osesków należy wymienić nieumiejętne karmienie, a mianowicie zatykanie nosa dziecka piersią podczas karmienia. Wreszcie jako bardzo ważną przyczynę należy wymienić stany nieżytowe gardła i choroby zakaźne tak częste w wieku dziecięcym. Oczywiście, jak i w innych chorobach, tak i na powstanie, jakoteż i na przebieg ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci wpływa rodzaj i zjadliwość zarazka, budowa anatomiczna i konstytucja. Często małe szkodliwości wystarczą do wywołania u danego osobnika zapalenia ucha, często widujemy schorzenia uszu u kilku członków tej samej rodziny. Istnieje więc widocznie jakieś obarczenie odziedziczone, względnie nabyte usposobienie śluzówki do schorzeń. Zdaniem *Wittmaacka* wywiera tu swój wpływ zarówno konstytucja śluzówki, jako też stopień pneumatyzacji kości. Na tę ostatnią zaś, jak również na pewne miejscowe uczulenie śluzówki, zwłaszcza jej tkanki podnabłonkowej, wpływają przebyte ukryte nieżyty ucha środkowego.

Co się tyczy drobnoustrojów, wywołujących ostre zapalenie ucha środkowego, to podług *Denkera* stwierdza się: Streptococcus pyogenes w 61,2%, streptococcus mucosus w 13,8%, staphylococci w 17% i dwoinki Gram dodatnie w 6,9%. *Preysing* u niemowląt i dzieci w pierwszych latach życia znajdywał w 92% pneumokoki. *Eckert-Möbius* podaje, że u dzieci w pierwszym dziesiątku życia przeważają strepto i pneumokoki. Zdaniem *Eckert-Möbiusa* i *Wirtha* w wieku dziecięcym streptococcus mucosus występuje stosunkowo rzadko. *Takahashi* jest zdania, że streptococcus mucosus występuje dopiero u ludzi po dwudziestym roku życia.

Należy zaznaczyć, że przy określaniu flory jedynie materjał, pobrany z wyrostka sutkowego podczas operacji może mieć znaczenie, nie posiada zaś go materjał, pobrany po paracentezie.

Co się tyczy dróg zakażenia, to prócz drogi per continuitatem z jamy nosowo-gardłowej przez trąbki do jamy bębenkowej, zwanej przez *Wittmaacka* drogą wstępującą i zdaniem jego najczęstszą, istnieje jeszcze droga krwionośna. Przy zakażeniu drogą trąbkową zarazki, przedostając się do jamy bębenkowej, rozwijają się początkowo na powierzchni błony śluzowej, przenikając potem do jej warstw podnabłonkowych. Przy zakażeniu zaś drogą krwionośną pierwotnie musiałaby istnieć bakteriaemja, zarazki trafiałyby drogą naczyń krwionośnych odrazu do warstw podnabłonkowych śluzówki ucha środkowego. *Wittmaack* porównywa ropotoki uszne obu tych dróg zakażenia z odoskrzelowem i krupowem zapaleniem płuc. Zdaniem jego, gdyby droga krwionośna była częstszą, to częściej musiałyby istnieć ropotoki uszne specyficzne, t. zn. częściej wykrywalibyśmy w wycieku florę specyficzną: błoniczą, tyfusową i t. d. Za tem, że droga trąbkowa odgrywa bardzo znaczną rolę, przemawiają fakty tak częstego i szybkiego powstawania zapalenia ucha środkowego po tamponadzie lub przemyciu jamy nosowo-gardłowej. *Hecht* podaje pogląd *Pirqueta*, który na zapalenie ucha środkowego zapatruje się jako na częściowe zjawisko w ostrych chorobach zakaźnych. Z poglądu tego wynika, że np. w odrze bliżej nam nieznany virus, krążąc we krwi zostaje wydalony na rozmaite błony śluzowe, w których napotyka na większy lub mniejszy zapas e r g i n ó w; z tego połączenia powstają a p o t o k s y n y, które drażnią najmocniej ten odcinek śluzówki, który najbardziej reaguje. Rozmaity zaś odczyn śluzówki jest zależny zarówno od jej zapasów erginów, jak i od wrażliwości na działanie apotoksyn. Jest to oczywiście tylko pogląd, który, jak podaje *Hecht*, już przed *Pirquetem* w formie bardziej ogólnikowej wypowiedział *Bezold*.

Większość autorów uwzględnia w powstawaniu ostrego zapalenia ucha środkowego tylko dwie drogi zakażenia: trąbkową i krwionośną, uważając przytem, że w powstawaniu ostrego zapalenia ucha środkowego w początkach chorób zakaźnych dominuje droga krwionośna.

Z punktu widzenia klinicznego rozróżnia się pierwotne zapalenie ucha środkowego, w którem nie daje się stwierdzić łączności przyczynowej ze stanami chorobowemi poprzednio przebytemi, i wtórne, powstające w przebiegu rozmaitych stanów nieżytowych dróg oddechowych i chorób zakaźnych. *Güttich* i *Frenzel* są przeciwni takiemu ścisłemu rozgraniczaniu, uważając, że nawet „pierwotne“ zapalenie ucha środkowego jest tylko wtórną infekcją, która jedynie w porównaniu z cierpieniem ucha jest mało znacząca. Ze względu jednak na

kliniczny przebieg ostrego zapalenia ucha środkowego podział ten jest korzystny.

Częstość występowania ostrego zapalenia ucha środkowego w przebiegu chorób zakaźnych waha się i jest zależna od właściwości zarazka podczas danej epidemji, t. zw. genius epidemicus.

Ilość płoniczych zapaleń ucha środkowego oblicza się średnio na 15%. Płonicze zapalenie ucha środkowego prawie że nie powstaje przed wysypką, rzadziej bywa tuż po wystąpieniu wysypki, a najczęściej powstaje w okresie łuszczenia. Zdaniem *Urbantschitscha* późne płonicze zapalenia ucha środkowego trzykrotnie częściej powstają od wczesnych. *Holmgren* określa granicę między wczesnemi, a późnemi na osiemnasty dzień choroby.

Częstość występowania ostrego zapalenia ucha środkowego w przebiegu odry jest rozmaicie podawana i waha się od 1% do 33%. W zależności od czasu powstania *Hecht* dzieli odrę na 3 okresy: 1. okres wysypania, 2. okres wygasania (cofania się wysypki) i 3. okres powysypkowy (zupełne ustąpienie wysypki, pozostaje jedynie jeszcze pigmentacja i łuszczenie). Z obliczeń jego liczba ostrych zapaleń ucha środkowego w pierwszym okresie wynosi 10%, w drugim — 8—12% i w trzecim —15—18%. *Alexander* uważa, że zapalenie ucha środkowego rzadko powstaje w okresie przedwysypkowym lub w czasie wysypki, a najczęściej w okresie łuszczenia i po ustąpieniu gorączki. Naogół najczęściej zapaleniu ucha środkowego w przebiegu odry ulegają dzieci w trzecim roku życia.

Ostre błonicze zapalenia ucha środkowego, powstające w przebiegu błonicy są stosunkowo rzadkie. Częściej błonica górnych dróg oddechowych powoduje zapalenie ucha środkowego niebłoniczego pochodzenia. Błonicze zapalenia ucha środkowego mogą być wtórne, t. zn. występować jako następstwo istniejącej już błonicy i pierwotne.

Dylewski podaje, że w przejrzanej przez niego literaturze znalazł tylko 24 przypadki pierwotnej błonicy ucha środkowego, co łącznie z przypadkiem, opisywanym przez niego stanowi 25. Należy zaznaczyć, że zdaniem wielu autorów błonica ucha środkowego może przebiegać bez tworzenia się błon wrzekomych. *Szmurło* podaje, że laseczki *Löfflera* w jednych przypadkach wywołują tworzenie się błon wrzekomych, w innych zaś tylko ropienie lub zmiany nieżytowe. Niektórzy w powstawaniu powikłań ze strony ucha środkowego w przebiegu błonicy rozróżniają jeszcze trzecią drogę zakażenia, a mianowicie przez przewód zewnętrzny, przy poprzedniem istnieniu ubytków w błonie bębenkowej. *Alexander* jest zdania, że najczęstszą

drogą zakażenia ucha środkowego w przebiegu błonicy jest droga trąbkowa. Podług *Lewina* pospolite zapalenie ucha środkowego w przebiegu błonicy gardła występuje w 63,3%. Na 60 zaś przypadków błonicy gardła tylko w jednym stwierdził błonicę ucha środkowego.

Na 54 dzieci do lat dziesięciu, przebywających z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego w Klinice Uszno-gardlanej w Wilnie (pomiędzy 1926 a 1931 r.) w jednym przypadku stwierdzono w wycieku z ucha laseczki *Löfflera*.

Powikłania uszne w przebiegu błonicy rzadziej powstają w okresie największego nasilenia choroby, częściej zaś po przebrzmieniu ostrych objawów lub po ustąpieniu gorączki. Dlatego *Alexander* podkreśla, że we wszystkich przypadkach błonicy należy mierzyć ciepłotę dziecka nawet wtedy, gdy już raz stwierdzono jej spadek, a przy powtórnem jej wzniesieniu, nawet przy braku jakichkolwiek objawów usznych należy pamiętać o możliwości powstania zapalenia ucha środkowego.

Z innych ostrych chorób zakaźnych, mających duży wpływ na powstanie ostrego zapalenia ucha środkowego należy wymienić grypę i krupowe zapalenie płuc. Liczba ostrych zapaleń ucha środkowego, powstających w przebiegu grypy waha się w zależności od epidemji. *Erdelyi, Jenö* i *Bedö* podają, że na 138 przypadków grypy u dzieci w 38 przypadkach stwierdzili powikłania ze strony ucha środkowego, co wynosi 27,5%. Z tego najwięcej (21 przypadków) przypada na dzieci pomiędzy pierwszym, a trzecim rokiem życia. Grypowe zapalenie ucha środkowego rzadziej bywa wywołane samemi laseczkami influency, częściej infekcją mieszaną. Jak i na innych błonach śluzowych, grypowe zapalenie charakteryzuje się krwawym wysiękiem i powstawaniem pęcherzy w przewodzie i na błonie bębenkowej.

Co się tyczy krupowego zapalenia płuc, to liczba powikłań ze strony ucha środkowego średnio oblicza się na 10%. Powstają one częściej przed przełomem, rzadziej zaś podczas i po nim. Jak już wyżej wspomniano, w przebiegu krupowego zapalenia płuc powikłania ze strony ucha środkowego w 65% powstają po stronie zajętego płuca. Co się tyczy stosunku różnych stanów nieżytowych górnych dróg oddechowych do powstawania zapaleń ucha środkowego, to jak wyżej już zaznaczono, możliwość zakażenia wzrasta ze zmniejszeniem się wieku osobnika, a jest stosunkowo największa w wieku niemowlęcym i we wczesnem dzieciństwie, wskutek łatwiejszego przenikania zarazków do jamy bębenkowej przez szerszą i krótszą trąbkę *Eustachjusza*.

Godną uwagi, a zarazem dziwną poniekąd może się wydać mała stosunkowo liczba powikłań usznych w krztuścu. *Hecht* podaje na 300 przypadków krztuśca 20 powikłań ze strony ucha środkowego. Po odliczeniu przypadków przewlekłych, nawrotowych i powikłanych zapaleniem płuc, odrą i gruźlicą, pozostaje jedynie sześć przypadków czystych (2%), wywołanych krztuścem. Gdyby, zdaniem *Hechta*, droga trąbkowa odgrywała w zakażeniu ucha środkowego taką wybitną rolę, jaką jej przypisują, to niezrozumiałem staje się dlaczego w krztuścu przy istnieniu nieżytu górnych dróg oddechowych, przy ostrych napadach kaszlu i częstych wymiotach powikłania ze strony ucha środkowego są tak rzadkie.

Co się tyczy ostrego zapalenia ucha środkowego, powstałego w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowych, to jest jeszcze kwestją sporną czy jest ono przyczyną, czy skutkiem. Większość jednak zapatruje się na nie jako na cierpienie wtórne. *Alexander* podaje, że stosunkowo często powstające w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowych zajęcie labiryntu, a co zatem idzie głuchota, może przebiegać z małemi nieżytowemi lub też żadnemi zmianami ze strony ucha środkowego. Zajęcie ucha wewnętrznego w meningitis epidemica jest prawie zawsze obustronne, istniejące zaś przy tem zapalenie ucha środkowego może być tylko jednostronne. Wyżej przytoczone przemawia za wtórnem powstawaniem zapalenia ucha środkowego. Rzadko bardzo można znaleźć w wycieku z ucha meningokoki. Rozróżnia się wczesne zapalenia ucha środkowego, w pierwszym tygodniu choroby i późne — w drugim i trzecim tygodniu choroby. Te ostatnie są stosunkowo częstsze.

Gruźlicze zapalenie ucha środkowego powstaje nieco odmiennie od innych, gdyż początek cierpienia jest zwykle łagodny i bezbolesny. Dlatego też często dopiero z chwilą ukazania się wycieku z przewodu zewnętrznego rozpoznaje się cierpienie ucha. Niektórzy, jak *Cemach*, *Brieger* i inni obserwowali gruźlicze zapalenie ucha środkowego, przebiegające ostro. Gruźlica ucha środkowego jest w przeważającej części wtórną. *Alexander* jest zdania, że opisywane w literaturze przypadki rzekomo pierwotnej gruźlicy ucha należy bezwzględnie uważać za wtórne, w których jedynie klinicznie nie udało się stwierdzić ogniska pierwotnego. W powstawaniu gruźliczego zapalenia ucha środkowego droga trąbkowa posiada mniejsze znaczenie. Zdaniem *Cemacha* i innych najczęstszą drogą zakażenia jest droga krwionośna. Niektórzy, jak *Friedrich* i *Cemach* opisują przypadki gruźlicy ucha, powstałe drogą naczyń chłonnych. Stwierdzenie laseczek gru-

źliczych w wycieku z ucha jest bardzo trudne, natomiast stosunkowo łatwem i zupełnie ścisłem jest zbadanie budowy histologicznej kawałka ziarniny, wydobytej z ucha. Podług *Cemacha* ilość gruźliczych zapaleń ucha środkowego wynosi średnio 5%. Znacznie częściej od gruźliczych zapaleń ucha środkowego występują u gruźlików nieswoiste cierpienia uszu.

Na 54 dzieci do lat dziesięciu, przebywających z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego w Klinice Oto-laryngologicznej w Wilnie (1926—1931 r.) w dwuch przypadkach stwierdzono zupełnie pewnie gruźlicę w preparatach histologicznych z kawałków tkanki, uzyskanej podczas operacji.

Przechodząc do objawów musimy przedewszystkiem zaznaczyć, że u niemowląt i małych dzieci nietylko procesy nieżytowe, ale i ropne, toczące się w uchu środkowem mogą przebiegać niezbyt ostro lub też mogą być maskowane objawami istniejącej już poprzednio choroby. Zdaniem jednak *Gomperza*, pogląd, jakoby ostre zapalenie ucha środkowego przebiegało zupełnie bezobjawowo, jest ze względu na znaczną czułość organizmu niemowlęcego (jak wyraża się autor „mimosenhafte Empfindlichkeit") niesłuszny i powinien być odniesiony do niedbalstwa ze strony osób pielęgnujących.

Zwykle niemowlęta i małe dzieci okazują niepokój, śpią niespokojnie, stękają i krzyczą przez sen i nie dają się uspokoić nawet przy noszeniu na rękach. Niektórzy zwracają uwagę na to, że przy istnieniu zapalenia ucha środkowego niemowlęta podczas ssania naraz z krzykiem rzucają pierś z powodu nasilania się bólu podczas ruchów ssących. *Hecht* zwraca uwagę na spostrzeżenie *Pinsa*, że przy jednostronnem zapaleniu ucha niemowlę bierze chętniej przeciwimienną pierś, większe zaś dzieci same kładą się na chorą stronę i zwykle krzyczą przy zmianie położenia.

Co się tyczy wrażliwości, występującej przy ucisku na skrawek lub wyrostek sutkowy, to może ona być obserwowaną u niemowląt dopiero od czwartego miesiąca życia. Często już początkowi zapalenia ucha środkowego u niemowląt towarzyszą objawy podrażnienia opon mózgowych, którym *Ortner* nadał miano „meningismus". Objawy te szybko znikają po paracentezie lub samoistnem przedziurawieniu błony bębenkowej.

Jak już wyżej zaznaczono, samoistne przedziurawienie błony bębenkowej następuje stosunkowo późno, niekiedy w drugim tygodniu choroby.

Przebieg ciepłoty jest niecharakterystyczny. Niekiedy bywają jedynie nieznaczne wzniesienia temperatury, częściej ciepłota podnosi się do 40^0, niekiedy i wyżej. Zwykle po paracentezie lub samoistnem przedziurawieniu błony bębenkowej gorączka obniża się.

Co się tyczy wpływu ostrego zapalenia ucha środkowego na odżywianie niemowląt, to, zdaniem *Hartmanna*, powoduje ono spadek względnie nieprzybywanie na wadze. Zapalenie ucha środkowego, przebiegające bardzo burzliwie z objawami septycznemi może prawdopodobnie wywołać biegunki lub, powstając w przebiegu istniejących już zaburzeń przewodu pokarmowego, może spowodować pogorszenie, przedłużyć leczenie lub dać nawrót. *Hartmann* jest jednak zdania, że nie można jedynie trwającem i przedłużającem się zapaleniem ucha środkowego tłumaczyć przewlekłe wychudzenie. Przechodząc do powikłań ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci, wspomnimy, że budowa anatomiczna wyrostka sutkowego i jamy sutkowej u niemowląt i małych dzieci nieco odmiennie się przedstawia, aniżeli u dorosłych.

Okolica sutkowa u noworodka jest płaska, samego wyrostka sutkowego jeszcze niema, a jama sutkowa, wcięcie sutkowe i otwór rylcowo-sutkowy leżą powierzchownie. Rozwój wyrostka sutkowego, do którego przyczepia się mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy stoi w ścisłym związku z rozwojem tego mięśnia. Widoczne powiększenie wyrostka sutkowego zaznacza się dopiero w końcu pierwszego roku życia, kiedy dziecko zaczyna chodzić i opanowało ruchy główką. Wyrostek sutkowy jednorocznego dziecka komórek nie zawiera, kość jest diploetyczna. Zdaniem *Denkera* dopiero od trzeciego lub nawet czwartego roku życia można mówić o rzeczywistym wyrostku. Wzrost wyrostka sutkowego i jego pneumatyzacja trwają do okresu pokwitania i dopiero od tego czasu kość rośnie kosztem zwiększenia grubości corticalis i powiększenia komórek, szczególnie w okolicy szczytu i zatoki.

Rozwój jamy sutkowej rozpoczyna się w 5—6 miesiącu życia płodowego i z chwilą urodzenia dziecka jama sutkowa jest już ukształtowana. U noworodka z powodu braku wyrostka sutkowego antrum znajduje się zupełnie powierzchownie. Na bocznej ścianie jamy sutkowej przebiega u noworodka szew łuskowo-sutkowy, zawierający w pierwszych miesiącach życia dziecka chrząstkę, sama zaś ściana do końca drugiego roku życia jest bardzo cienka. *Alexander* podaje, że u dzieci krzywiczych boczna ściana jamy sutkowej jest szczególnie

cienka i porowata, a resztki chrząstki w szwie łuskowo-sutkowym mogą przetrwać znacznie dłużej.

Wymienione właściwości budowy anatomicznej wyrostka sutkowego sprzyjają tworzeniu się u dzieci ropni podokostnowych i przetok, przez co zmniejsza się niebezpieczeństwo przenikania sprawy ropnej do przestrzeni podoponowych.

Czas powstawania powikłań ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego nie daje się ściśle określić i wykazuje dość znaczne wahania. *Alexander* podaje, że już w pierwszych dniach istnienia ostrego zapalenia ucha środkowego, w przeważającej liczbie przypadków, które mógł anatomicznie zbadać, stwierdził obecność ropy w komórkach wyrostka sutkowego. Zdaniem *Urbantschitscha, Vohsena* i innych czysto fizykalne przyczyny, jakoto położenie głowy i ciała, sprzyjają przedostaniu się ropy do komórek sutkowych bez powstania zmian zapalnych w samym wyrostku. Typowe zapalenie wyrostka sutkowego powstaje przeciętnie w 3—4 tygodniu trwania ostrego zapalenia ucha środkowego. U dzieci, szczególnie małych, zajęcie wyrostka sutkowego następuje nieco wcześniej. Na 37 dzieci do lat dziesięciu, przebywających w Klinice Oto-laryngologicznej w Wilnie (1926—1931) z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego, powikłanego zapaleniem wyrostka sutkowego, w 21 przypadkach zajęcie wyrostka sutkowego nastąpiło w drugim i trzecim tygodniu choroby.

Co się tyczy częstości występowania powikłań ze strony wyrostka sutkowego, to w materjale Kliniki Uszno-gardlanej w Wilnie na 334 ostrych zapaleń ucha środkowego przypada 68 przypadków, powikłanych zajęciem wyrostka sutkowego, co stanowi 20,3%. Na 211 dzieci do lat dziesięciu (157 przypadków ambulatoryjnych i 54 klinicznych), cierpiących na ostre zapalenie ucha środkowego przypada 64 powikłań ze strony wyrostka sutkowego, co wynosi 30,3%. Z tego na dzieci do pierwszego roku życia przypada 14 przypadków (21,8%), na dzieci od pierwszego do piątego roku życia — 23 (35,9%) i od piątego do dziesiątego roku życia — 27 (42,3%).

Z zestawienia tego można wywnioskować, że powikłania ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego występują u dzieci do dziesięciu lat częściej, aniżeli u dorosłych, z pośród zaś dzieci—częściej do piątego roku życia (37 na 64). *Schwartze* oblicza ilość powikłań ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci pomiędzy pierwszym, a dziesiątym rokiem życia na 43%.

Co się tyczy płci, to na 64 przypadki zapalenia wyrostka sutkowego u dzieci do lat dziesięciu było 26 dziewcząt i 38 chopców. Odpowiednio więc do częstszego zachorowania chłopców na ostre zapalenie ucha środkowego, występuje też i częściej u nich powikłanie ze strony wyrostka sutkowego.

Co się tyczy strony, to z 64 przypadków powikłań ze strony wyrostka sutkowego w 33 zajęta była strona lewa, w 26 — strona prawa i w 5 obie strony. Z zestawienia tego okazuje się przewaga strony lewej. Warto przytoczyć, że *Schilling* na 18 przypadków septycznego zapalenia kości skalistej podaje 13 dziewcząt i 5 chłopców.

Reasumując wszystkie nasze zestawienia możemy dojść do następujących wniosków:

1. Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci do dziesiątego roku życia występuje w 47% wszystkich ostrych zapaleń ucha środkowego.
2. Częściej ulegają schorzeniu dzieci w pierwszym pięcioleciu (64%).
3. Dzieci płci męskiej częściej zachorowują od dzieci płci żeńskiej (57,3% chłopców, 42,7% dziewcząt).
4. Strona prawa (47%) częściej ulega schorzeniu od strony lewej (36%).
5. Powikłania ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci do dziesiątego roku życia występują w 30,3%.
6. Dzieci do piątego roku życia ulegają powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego stosunkowo częściej (57,7%).

Piśmiennictwo.

Alexander: Ohrenkrankheiten des Kindesalters. Aschoff: Zeitschrift f. H. N. O. t. 51. Bezold: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Birkholz: Denker-Kahler t. VI. Blohmke: Denker-Kahler t. VIII. Cemach: Das Problem der Mittelohrtuberkulose i Zbl. t. I. Denker-Albrecht: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres. Dylewski: Nowiny Lekarskie z. XI, 1928. i z. X, 1930. Erdélyi, Jenö, Bedö: Zbl. t. 9, z. 7. Aschoff: Z. Ohrenheilkunde t. 31. Gomperz: Pathologié u. Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter. Hartmann: Z. Ohrenheilkunde t. 36 i t. 29. Hecht: Die akute Mittelohrentzündung u.s.w. 1928. Henrici: Z. Ohrenheilkunde, t. 48. Helling: Archiv f. O. N. K. t. 130 Hirsch: Z. f. H. N. O. t. 19. Holmgren: Archiv f. Ohrenheilkunde t. 90. Lederer: Denker-Kahler t. VI i VII. Levin: Archiv f. O. N. K. t. 52 i 53. Marx: Dender-Kahler t. VI. Nager: Z. f. Ohrenheilk. t. 57. Neumann: W. med. Wochenschr. Z. 18, 1926. Preysing: Otitis media der Säuglinge. Politzer: Lehrbuch u. s. w. Güttich u. Frenzel: Neue Deutsche Klinik. t. VIII. Schilling: Denker - Kahler t. VII. Schwartze:

Z. Laryngologie t. 22. Szmurło: Medycyna Nr. 11 — 12 i Gazet. Lek. Nr. 17, 1912. v. Tröltsch: Lehrbuch u.s.w. Eckert-Möbius: Archiv f. O.N.K. t. 116. Takahashi: Zbl. t. 13. Wittmaack: Normale u. pathologische pneumatisation des Schläfenbeins i Archiv f. O. N K. t. 129. Marx: Archiv f. O.N.K. Aufrecht: cyt. wg. Hechta. Wirth: Z. Laryng. t. 16.

Profesorowi D-rowi Teofilowi Zalewskiemu
w 25-tą rocznicę Jego pracy pedagogicznej.

Z Kliniki Laryngo-Otjatrycznej Uniw. Warszawsk. Dyrektor Prof. D-r *F. Erbrich* i I Instytutu Roentgenologicznego U. W. Kierownik D-r *M. Zaleski.*

O leczeniu twardzieli na podstawie materjału Kliniki Laryngo-Otjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Podał D-r D. ZUBERBIER St. Asyst. Kliniki.

Dawniej, kiedy twardziel utożsamiano z trzeciorzędową kiłą, stosowano przeciwko niej, zresztą bezskutecznie, przetwory jodu i rtęci.

Badania *Mikulicza, Ganghofnera, Frischa i Pellizari'ego*, kładące podwaliny pod nowoczesną naukę o twardzieli, pozwoliły zrozumieć, że i metody operacyjne, używane dotąd, mają jedynie objawowe znaczenie, że wyleczenia twardzieli na drodze operacyjnej oczekiwać nie można. Wprawdzie *Stowenkow* widział przypadek twardzieli wyleczony kwasem karbolowym, stosowanym miejscowo, *Pawłowski* dwa— injekcjami rynoskleryny, a *Lubliner* i *Lutz* stwierdzili zniknięcie nacieków twardzielowych po przebytych chorobach infekcyjnych, były to przecież przypadki odosobnione. Próby leczenia najrozmaitszemi środkami chemicznemi, podawanemi do tkanek twardzielowych w injekcjach (*Mikulicz, Alwarez, Lang, Chiari i Riehl, Bojew, Jaia*) lub na tkanki powierzchownie (*Doutrelepont, Mandelbaum*) zawodziły. Okres beznadziejności w leczeniu twardzieli kończy się w 1902 roku, kiedy to *A. Rydygier* wprowadził do terapji twardzieli naświetlania promieniami Roentgena. Stosowane odtąd przez wszystkie kliniki i wielu poszczególnych lekarzy, okazują się wkrótce pierwszorzędnym lekiem w walce z tem cierpieniem. Liczne publikacje, oparte na obserwacjach dużego materjału klinicznego, dziś już niemal jedno-

głośnie stwierdzają dobroczynne działanie promieni X we wszystkich przypadkach twardzieli.

Promienie Roentgena niszczą młodą ziarninę twardzielową. Pod ich wpływem giną nacieki młode, guzowate maleją na skutek utraty elementów specyficznych i rozwijającego się wtórnie bliznowacenia. Blizny na promienie roentgenowskie są nieczułe. Niestety chorzy we wczesnym okresie nacieczeń twardzielowych zgłaszają się o poradę rzadko, ogromną większość stanowią przypadki zaniedbane z ciężkiemi zaburzeniami w narządzie oddechowym, zależnemi od rozległych zmian okresu późnego. Obrazy anatomo-patologiczne górnego odcinka dróg oddechowych wskazują wówczas, że obok rozległych blizn i bliznowaciejących guzków znajdują się świeże nacieki. W warunkach tych wyniki roentgenoterapji zależą od okresu cierpienia, w jakim chorzy rozpoczynają leczenie. Chorzy ze zmianami pod postacią płaskich nacieków ewt. z przewagą zmian naciekowych uzyskują wyleczenie lub znaczną poprawę; u chorych ze zmianami bliznowatemi wynik bywa pozornie ujemny. Naświetlanie tych przypadków ma na celu zniszczenie istniejących nacieków, a tem samem zapobiegnięcie trwaniu i szerzeniu się procesu twardzielowego. Nie likwiduje ono zmian bliznowatych, nie może więc dać efektów doraźnych. Dlatego w przypadkach tych na naświetlaniu poprzestać nie można.

Aby choremu powrócić sprawność oddechową, upośledzoną przez obecność blizn, należy je zniszczyć. W tym celu rozporządzamy wielu sposobami, w terapji twardzieli oddawna znanemi, pod postacją szeregu zabiegów krwawych, metod dilatacyjnych, galwanokaustyki, dziś ustępujących miejsca diatermokoagulacji, stosowanej coraz częściej z wynikami pomyślnemi (*Bertrand, Dobrzański*).

Leczenie szczepionkami, malarją, radem i niektóremi środkami chemicznemi, wykazujące pewne pozytywne rezultaty jedynie w pojedyńczych przypadkach (*Brunner* i *Jakubowski*, *Vymola*, *Wiszkowsky*, *Eicken*, *Precechtel*, *Figi*, *Jindra*, *Szumowski*), niema większego znaczenia praktycznego.

Doniosła wartość metody złożonej roentgeno-operacyjnej, podnoszona ostatniemi laty w pracach *Dobrzańskiego*, *Martesteina*, *Pitenki*, *Puczkowskiego*, *Szmurły* i innych znalazła potwierdzenie w wynikach otrzymywanych w naszej klinice, gdzie postępowanie takie jest stosowane od lat dziesięciu. Na podstawie materjału, którym klinika rozporządzała w okresie od 1921=1927 r. ustalono, (*Erbrich*, *Godlewski*), że w 96% twardziel powstaje równocześnie

w całym górnym odcinku dróg oddechowych; niezależnie więc od tego, który z jego narządów jest najbardziej dotknięty, naświetlamy w każdym przypadku odcinek górny cały, dzieląc go na jedenaście pól: nos (dwa pola boczne z twarzy), jama nosowo-gardłowa i gardło środkowe (dwa pola z karku, dwa—z pod żuchwy, jedno przez jamę ustną), krtań (dwa pola boczne z szyi), tchawica i oskrzela (dwa pola z klatki piersiowej od przodu).

Jedną serję naświetlań stanowi jedenaście posiedzeń co drugi dzień; na każdem chory otrzymuje po 500R. francuskich na dwa różne pola. W ten sposób w okresie 22-u dniowym cały górny odcinek otrzymuje 11000R., przy 160—180KW.6MA. przez filtr 5Al.—0,5Cu+2Al. Pierwsze trzy serje w odstępach 6-io tygodniowych stanowią właściwą całość leczenia promieniami Roentgena. Cały okres leczenia powinien trwać 21 tydzień. Moje obserwacje ścisłe opierają się na 60 przypadkach twardzieli, leczonych od początku 1928 roku, a więc przez okres czterech ostatnich lat. Obok naświetlań stosowano zabiegi operacyjne, dilatację i koagulację: zabiegi operacyjne przed rozpoczęciem naświetlań, dilatację i koagulację—bądź przed, bądź w czasie naświetlania. Większość naszych chorych otrzymała po dwie serje naświetlań, sześciu—trzy serje, dwuch—cztery serje, a zatem większość nie dokończyła kuracji. Dlaczego? Chorzy na twardziel stanowia materjał wiejski, nieinteligentny; mała poprawa wystarcza, by, nie czekając na ostateczny wynik, zaniechali leczenia.

N o s. Przypadki płaskich nacieków śluzówki muszli i przegrody są jedynemi, które, poddane naświetlaniom promieniami Roentgena, ulegają wyleczeniu zupełnemu, nacieki giną: w ich miejscu pozostaje bądź zupełnie normalna śluzówka, bądź suchawa, cienka. Są to przypadki o tyle mało efektowne, że nacieki płaskie nie sprawiają chorym większych dolegliwości. Dwa razy zaledwie naświetlaliśmy chore, które zgłosiły się do kliniki jedynie z powodu przykrego zasychania w nosie i gardle, upośledzenia powonienia i cuchnienia—objawów, zależnych od wczesnych nacieków twardzielowych śluzówki nosa i jamy nosowo-gardłowej. Leczenie promieniami Roentgena dało wyniki pomyślne; razem z naciekami ustąpiły przykre sensacje i cuchnienie, pozostała jedynie anosmia. Jedną z tych chorych widziałem w cztery, drugą — w osiem miesięcy po skończonej kuracji, chore pozbyły się dawnych zaburzeń, strupy i nacieki nie wróciły. Obie otrzymały pełne dawki na cały, górny odcinek.

Wypełnienie nosa guzowatemi masami twardzielowemi stanowią przypadki mniej podatne dla rentgenoterapji. Przyczyniają się do tego

warunki anatomiczne wąskich przewodów nosowych. Wprawdzie i tutaj naświetlania niszczą składniki ziarniny skleromatycznej, i przyśpieszają jej bliznowacenie, lecz w następstwie występują zwężenia lub co gorsze zarośnięcie przewodów nosa, nozdrzy przednich, częściej tylnych.

W przypadkach tych rozpoczynamy leczenie od usunięcia mas ziarninowych, wypełniających przewody nosowe, łyżeczką, konchotomem lub nożem.

Tu gdzie spotykamy obfitą ziarninę w jamie nosa obok bliznowatego zarośnięcia nozdrzy tylnych, ziarninę usuwamy operacyjnie, a blizny choanalne niszczymy elektrodą koagulującą. W kilka dni po uskutecznieniu tych zabiegów poddajemy chorych naświetlaniu promieniami X.

Tak postępując, udało się osiągnąć poprawę sprawy nawet daleko posuniętej. Obserwowałem dwa przypadki twardzieli nosa, gdzie ziarnina szczelnie tamponowała obie jamy nosa, wypuklając się przez nozdrza przednie, przez ubytki w kościach nosa wrastała w skórę i w pobliżu wewnętrznych kątów oczu tworzyła na trzonie nosa dwa guzy wielkości orzecha włoskiego. Guży na twarzy zniszczono diatermokoagulacyjnie, ziarninę z nosa wyskrobano, ściany jamy nosa skoagulowano powierzchownie, w ten również sposób zniszczono blizny nozdrzy tylnych, poczem oba przypadki otrzymały po dwie serje naświetlań. Po upływie dziesięciu tygodni w miejscu guzów na twarzy pozostały nieco wciągnięte blizenki, drożność nosa dostateczna, ściany jam nosa pokrywa twarda, bliznowata tkanka.

Wiemy, jak niezwykle oporna na leczenie eperacyjne jest niedrożność nosa, powodowana obecnością blizn twardzielowych. Przecinanie i wycinanie ich przywraca na krótko drożność, w najlepszym razie utrzymującą się kilka tygodni; w miejscu wyciętych blizn tworzą się nowe. We wszystkich tych przypadkach zastąpiliśmy nóż chirurgiczny elektrodą koagulacyjną.

W sześciu przypadkach twardzieli nosa z zamknięciem nozdrzy tylnych przez grube twory bliznowate udało się nam na drodze koagulacji i następczego naświetlania przywrócić drożność nosa, utrzymującą się przez dłuższy czas bez nawrotu. W dwuch jedynie przypadkach mimo naświetlania, koagulowania i rozszerzania nozdrzy tylnych drożność utrzymywała się przez dwa do trzech tygodni, poczem znikała w następstwie powstającego wału bliznowatego w głębi jam nosowych.

J a m a n o s o w o - g a r d ł o w a. Niezmiernie rzadko spotykamy chorych ze zmianami wczesnemi tej jamy, przeważnie zaś spostrzegamy zmiany nacieczeniowo-bliznowate okresu późnego. Nacieki powierzchni górnej podniebienia miękkiego, zlewające się z naciekami spodu tylnych części jam nosa i tylnej krawędzi przegrody oraz wałowate nacieki okolicy ujść trąbek Eustachjusza i zachyłków Rosenmüllera najczęściej występują obok pasmowatych blizn, rozpiętych pomiędzy ujściami trąbek a stropem gardła górnego i podniebieniem miękkiem. Pod wpływem promieni Roentgena nacieki zmniejszają się, ew. giną. Następstwem tego jest rozszerzenie się światła nozdrzy tylnych oraz częściowe lub całkowite przywrócenie drożności trąbek. Niejednokrotnie obserwowaliśmy przypadki, gdzie światło nozdrzy tylnych zwężone było do rozmiarów otworów o średnicy 2—3 mm. lub też nozdrza były zupełnie zamknięte. Naświetlanie, rzecz jasna, nie przyniosło większej poprawy, drożność nosa uzyskaliśmy po kilkakrotnej koagulacji z jednoczesnem stosowaniem rozszerzenia przez wprowadzenie drenów gumowych i tamponów gazowych.

G a r d ł o ś r o d k o w e. We wszystkich niemal przypadkach śluzówka ściany tylnej i tkanka adenoidalna przedstawiały obraz znacznego zaniku. Rzadko na łukach podniebiennych przednich lub tylnych znajdowały się guzkowate nacieki twardzielowe, a dwa razy guzki wielkości orzecha laskowego na ścianie tylnej gardła. Często natomiast widujemy zniekształcenia bliznowate pod postacią zrostów podniebienia miękkiego ze ścianą tylną, wciągnięcia języczka, skrócenia łuków podniebiennych, podciągających nasadę języka, przepon rozpinających się ponad wejściem do krtani i gardła dolnego. W leczeniu tych zmian na pierwszym miejscu stawiamy diatermokoagulację. Odpowiednią elektrodą przecinamy, a nawet częściowo niszczymy blizny i zmiany naciekowe. Miejsca skoagulowane goją się dobrze; nekrotyczna tkanka szybko odpada, ściany jamy pokrywa wkrótce cienka warstwa ziarniny, na którą narasta nabłonek śluzówki. Częściowe porażenie podniebienia miękkiego w okresie pokoagulacyjnym jest objawem przejściowym, po kilku dniach ruchy jego powracają: ustępuje utrudnienie mówienia i przełykania. Teraz dopiero chorzy otrzymują naświetlanie promieniami Roentgena. Nawrotu nacieków ani blizn nie notowaliśmy, poza dwoma przypadkami rozległych zbliznowaceń w obrębie gardła środkowego i podniebienia miękkiego, gdzie po upływie roku wystąpiło zwężenie, jednak niecałkowite, otworu, łączącego gardło górne ze środkowem.

Wielkie usługi oddaje roentgenoterapja w walce z twardzielą krtani, tchawicy i oskrzeli i najgroźniejszym objawem tego cierpienia dusznością. Duszność w przebiegu twardzieli bywa krtaniowa lub tchawicowo-oskrzelowa, najczęściej jednak jest następstwem zmian jednoczesnych we wszystkich tych narządach. Wśród 43 chorych, którzy przybyli do kliniki z powodu duszności, tylko w trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z odosobnionemi naciekami podstrunowemi krtani i w trzech — z podstrunowemi bliznami, pod postacją przepon, u pozostałych obok zmian naciekowobliznowatych krtani istniały nacieki i blizny w ścianach tchawicy i częściowo oskrzeli głównych. W sześciu przypadkach zmiany te zwężały światło tchawicy na całym jej przebiegu do 4—5 mm. średnicy, a w czterech— ziarnina zamykała wejście do oskrzela prawego głównego niemal całkowicie.

Siedemnaście razy przed rozpoczęciem leczenia roentgenowskiego dokonano przecięcia tchawicy z powodu bardzo znacznego zwężenia głośni, a u chorych z dusznością tchawiczą i zwężeniem oskrzeli — endoskopowego usunięcia z wnętrza tchawicy i oskrzeli strupów i ziarniny. W reszcie przypadków, wobec zachowania dostatecznej drożności rur oddechowych, przystąpiono bezpośrednio do naświetlania. Dobroczynne działanie promieni X chorzy odczuwają niezwykle szybko; duszność po paru naświetlaniach zmniejsza się, a nawet znika, ustępuje męczący suchy kaszel, spokojny sen wpływa na polepszenie stanu ogólnego Pierwsza serja naświetlań powinna być przeprowadzona w warunkach klinicznych pod opieką lekarską, nigdy ambulatoryjnie. Nacieki bowiem pod wpływem pierwszego naświetlania, zwiększając objętość, zwężają głośnię, wnętrze tchawicy i oskrzeli przez co grożą zaduszeniem. Obrzmienie nacieków występuje w trzy do ośmiu godzin po naświetleniu i trwa 12—24 godzin, rzadko dłużej, poczem stopniowo ustępuje. Trzykrotnie zmuszeni byliśmy wykonać przecięcie tchawicy po pierwszem naświetleniu chorym, którzy mimo dość znacznej duszności krtaniowej nie zgadzali się na tracheotomję i w tych warunkach rozpoczęli leczenie. Duszność ponaświetleniową uważamy za bezwzględne wskazanie do przerwania na pewien czas naświetlań. Po upływie 3—5 dni przystępujemy do dalszego leczenia.

Następne posiedzenia nie grożą już zaduszeniem. Badanie krtani i tchawicy w okresie naświetlań wykazuje postępującą poprawę, nacieki, ulegające początkowo przekrwieniu i rozpulchnieniu, po kilku posiedzeniach zmniejszają swą objętość, głośnia staje się coraz szerszą, ruchomość nalewek zwiększa się, ściany tchawicy oczyszczają się ze

strupów, nacieczenia ich stają się bardziej płaskie lub giną, w wielu miejscach pojawia się wilgotna śluzówka. Blizny wewnątrzkrtaniowe, przepony podstrunowe i tchawicze usuwamy diatermokoagulacyjnie na drodze endoskopowej przed — lub w czasie naświetlania. Wyniki otrzymujemy nagół pomyślne: chorzy opuszczają klinikę ze znaczną poprawą funkcji narządu oddechowego, często towarzyszy jej polepszenie fonacji. U chorych poddanych uprzednio przecięciu tchawicy w następstwie leczenia powraca drożność krtani, pozwalająca na usunięcie rurki. Naszych siedmiu chorych dekaniulowano po pierwszej serji, a czterech w czasie trwania naświetlań po trzech posiedzeniach. Dwuch opuściło klinikę z rurkami tchawiczemi z powodu braku zgody na dekaniulację, pomimo zupełnej drożności rur oddechowych, czterech z powodu bliznowatego zniekształcenia krtani i utrzymującego się zwężenia głośni. Laryngofissura, dawniej tak często stosowana w klinikach w przypadkach twardzieli krtani, w okresie czterech ostatnich lat była wykonana w naszej klinice zaledwie dwa razy z powodu bliznowatego zwężenia głośni, pochodzenia twardzielowego, nie poddającego się żadnym, zwykle stosowanym metodom leczniczym.

Jak już wspomniałem większość chorych na twardziel, uzyskawszy podmiotową poprawę, opuszcza klinikę, nie chcąc lub nie mogąc, ze względów materjalnych czekać na przeprowadzenie leczenia do końca, a tem samem znika z pod obserwacji. Trudno jest więc mówić o ich dalszych losach, o trwałości osiągniętych rezultatów. Jednak na podstawie obserwacji kilkunastu chorych, zgłaszających się do kliniki od szeregu lat, należy stwierdzić, że jakkolwiek w przypadkach rozległych, zniekształcających zmian twardzielowych powstawanie nawrotów i związanych z niemi zaburzeń jest możliwe, to i tu poprawa, osiągnięta na drodze roentgenoterapji i koagulacji jest długotrwała i utrzymuje się w okresie od $1^1/_2$ do 3 lat.

W n i o s k i: 1) Promienie Roentgena odgrywają w terapji twardzieli rolę leku niemal swoistego.

2) Naświetlanie rozpoczęte w okresie zmian naciekowych doprowadza do wyleczenia.

3) W każdym przypadku twardzieli należy stosować naświetlania całego górnego odcinka dróg oddechowych.

4) Diatermokoagulacja stanowi skuteczny i nieodzowny środek w leczeniu zmian twardzielowych, jakoteż guzów zewnętrznych na twarzy.

Piśmiennictwo.

1. Baurowicz: Archiv f. Lar. u. Rhin. Tom X. 1900. 2. Baurowicz: Polski Przegląd Lekarski Nr. 46. 1909. 3. Bertrand: Du rhinosclerome. Paris. L. Arnette. 1927. 4. Castellani: Tropic. Rhinoscl. Zntrbllt. T. VII. 925. 5. Cisler: Księga Pam. I Zjazdu lek. Słow. 927. 6. Dobrzański: Les resultats du trait. du scler. par les rayons et diatermoch. Zntrbllt. f. H. N. O. XIII. Zjazd OLar. 1928. 7. Erbrich: Księga Pam. I Zjazdu Lek. Słow. 1927. 8. Erbrich: Pol. Przegl. Lar. Otiatr. 1927. 9. Eisner u. Katzchmann: Zeitschrft. f. Lar. Rhin. Bd. XII. 1924. 10. Eicken: Ztrbllt. F. H. N. O. Bd. VIII. 11. Feuchtinger: Zntrbllt. f. H. N. O. VII. str. 880. 1. Figi: Rhinoscleroma. Ztrblt. f. H. N. O. XII. 1929. 13. Godlewski: Polski Przegl. Lar. Otiatr. 1927. 14. Jindra: Cas. Lek. Ces. tom 65. 15. Jindra: Cas. Lek. Ces. tom 64. 16. Kopac: Cas. Lek. Ces. tom 64. 17. Lasagna: Zntrbltt. f. H. N. O. VII. 1925. 18. Mosewickij: Uber d. Vaccinbechandl. d. Scleroms. Ztrbltt. XIV. 1930. 19. Martenstein: Zur Strahlbehdlng d. Scler. Zntrblt. f. H. N. O. 1930. 20. Panoff: Rad. u. Rentgbehndlng d. Scler. Zntrblt. f. H. N. O. VII. 1925. 21. Pitenko: 7 Falle v. Rhinoscl. Zntrblt. f H. N. O. 22. Puszin i Kordatowa: D. Rentgbhdlng. d. Scleroms Zntrblt. f. H.N.O. XIV. 1930. 23 Pieniążek: p. Das Rhinosklerom (P. Heymanns Handbuch 1900 Tom III). 24. Pieniążek: P. Skleroma in Lar. u. Trach. (P. Heymanns Handbuch 1898. tom I). 25. Precechtel: Cas. Lek. Ces. 64. 26. Puczkowski: Zur Klinik u. Sympt. D. Sklerom. Zeitsch. f. Lar. XVIII. 1929. 27. Szmurło: Polski Przegl. Oto-Lar. Tom V. 1928. 28. Sercer: Księga Pam. I Zjazdu Lek. Słow. 1927. 29. Sercer: Contrib. a l'etude du scler. Acta Oto-Lar. Tom VIII. 30. Streit: d. Sclerom (Denkers-Kahlers Handbuch). 31. Szumowski: Polski Przegląd Oto-Lar. tom V. 1928. 32. Tarchini: Contr. alla. ter. d. scleroma Ztrbltt. f. H. N. O. VII. 1926. 33. Wiskovski: Cas. Lek. Ces. I. 1930. 34. Zaleski: Księga Pam. I Zjazdu Lek. Słow. 1927. 35. Sabat: Księga Pamiętn. I Zjazdu Lek. Słow. 1927. 36. Vymola: Cas. Lek. Ces. t. I. 1930.

Sekcja Warszawska Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

V posiedzenie naukowe dnia 31.I 1929 r.

Przew. *Czarnecki*, sekr. *Tryjarski*.

Kol. *Szumlański* przedstawił chorą l. 40, ekspedjentkę sklepową, *z guzem miękkiego podniebienia, twardym, kształtu i wielkości dużego kurzego jaja*, pokrytym przekrwioną śluzówką, nietętniącym, niebolesnym. Guz ten trwa od 3 lat, powoduje przeszkodę w mówieniu, w lecie zmniejsza się, w zimie powiększa się, jak również powiększa się podczas dłuższego mówienia. Nakłucie próbne nie wykazuje obecności płynu, zaledwie kilka kropel krwi po usunięciu igły, powtórne nakłucie — tożsamo.

Dyskusja: *Hellin D.* przypuszcza, że w danym przypadku mamy do czynienia z dermoidem o rzadko spotykanem umiejscowieniu.

Lubliner proponuje wycięcie kawałka guza w celu postawienia rozpoznania anatomopatologicznego ewent. operować z podwiązaniem art. carolis.

Koenigstejn również propoponuje wycięcie kawałka lecz z głębi (Mutterboden) w celach rozpoznawczych.

Chorążycki B. wobec tego, że granice nowotworu odpowiadają granicom migdałka podniebiennego, sądzi, że mamy tutaj do czynienia z dobrotliwym nowotworem samego migdałka i operowałby jak przy tonsillektomji.

Czarnecki sądzi, że jest to dermoid i operowałby bez podwiązania carotis, na tępo wyłuszczając nowotwór jak orzech z łupiny.

VI posiedzenie naukowe dnia 28.II 1929 r.

Przewodniczący—*Czarnecki*, sekretarz—*Tryjarski*.

1) *Koenigstein* przedstawił 33 letniego *mężczyznę, u którego drogą rozszczepienia krtani usunął guz wielkości mandarynki*. Guz siedział na szerokiej podstawie i przyczepiony był do prawego więza bocznego i prawej struny fałszywej, wypełniając całą krtań. Z lewej strony, pod 5% kokainą, można było zgłębnikiem obejść nieco guz. Głos ochrypły, przyćmiony, zwężenie krtani wyraźne. W znieczuleniu miejscowem przeprowadzono cięcie od kości gnykowej aż poza chrząstkę obrączkową. Po odciągnięciu tępemi hakami obu chrząstek tarczykowych, guz został wyłuszczony zapomocą kleszczyków Kochera i nożyczek. Wobec silnego krwawienia założona została rurka tracheotomijna i krtań wytamponowana u góry i u dołu, prócz tego założono 2 piętra szwów katgutowych. Guz, który przed miesiącem badany w Wiedniu okazał się fibromatem, obecnie po zbadaniu przez prof. Paszkiewicza i d-ra Plonskiera predstawia się jako rak. Przypadek ten dowodzi, że zbadanie powierzchownych warstw jest niewystarczające, trzeba zawsze badać łożysko guza w bliskości tkanki zdrowej.

Obecnie przy badaniu krtani widać wyraźnie zarysowaną prawą strunę głosową, oddzielne zgrubienia na prawej strunie fałszywej i na więzadle bocznem prawem.

Dyskusja: *Lubliner* przytacza przypadek guza podobnie sytuowanego, który był operowany przez laryngofissurę i przy badaniu okazał się fibrochondromatem.

Karbowski radzi w tym przypadku założyć jeszcze rad.

2) *Koenigstejn.* W końcu listopada ub. r. zgłosił się 12-to letni chłopak, który już od 6 lat leczył się u K. z powodu *perlaka prawego ucha.* Chory narzekał na utratę pamięci, bóle głowy i zły sen. Przy badaniu stwierdzono: duże przedziurawienie w przednio-górnym odcinku; z otworu wystaje ziarnina i szare masy perlakowe. Wydzielina o odorze charakterystycznym. Niedowład górnej i dolnej gałązki n. twarzowego. Tętno 70. T^0 38^0. Innych objawów mózgowych nie stwierdzono. Nazajutrz operacja doszczętna z plastyką według Stacke'go. Przebieg pooperacyjny wykazał, że mieliśmy do czynienia z *zapaleniem opon mózgowych.* Po 3 dniach wystąpił objaw Kernig'a. Ciepłota wieczorem trzymała się na wysokości 38^0 w ciągu pierwszego tygodnia. W drugim tygodniu choroby ciepłota dochodziła do 39.2^0, tętno zaś 80—90 na minutę. Bóle głowy, bezsenność, apatja. Chory spał niespokojnie: zrzucał z siebie kołdrę i wykonywał ruchy kończynami. Cały czas chory był przytomny. Niedowład nerwu twarzowego stopniowo się zmniejszał, by po trzech tygodniach zniknąć zupełnie.

Choremu co parę dni K. wypuszczał do 30.0 płynu mózgowo-rdzeniowego i co parę dni podawał dożylnie cylotropinę. Ogółem płyn był wypuszczony 6 razy. Stopniowo ilość ciałek ropnych z 1700 w 1 cm. sz. spadła do 55, ilość limfocytów z 21% wzrosła stopniowo do 80% i wyżej. W ciągu całej choroby płyn pozostał jałowy. Za radą d-ra Flataua choremu zrobiono trzy naświetlania promieniami X bocznych komór mózgu celem uniknięcia wodogłowia (hydroc, int.). Chory czuje się obecnie dobrze. Żadnych objawów mózgowych niema. Narzeka na nieco słabszą niż dawniej pamięć.

Dyskusja: *Lubliner* przytacza przypadek meningitis purulenta i radzi codzienne wypuszczanie płynu, co prowadzi do wyleczenia.

Karbowski przypuszcza, że to była meningitis concomitans przy ropniu.

Gottfryd wspomina o 30 przypadkach podobnych na oddziale Lublinera.

Kmita twierdzi, że to była meningitis serosa circumscripta.

3) *Lubliner.* Sz. A. lat 18, robotnica, przyjęta na oddział 10.II 1929. *Otitis suppurativ chr. sin. Mastoiditis. Abscessus cerebelli.* Choroba trwa od 8-u lat. Ropotok przez ten czas ustępował kilkakrotnie. Chora czuje się osłabioną i uskarża się na silne bóle głowy. Wczoraj miała nudności i zawroty głowy. St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Chora blada, apatyczna. Otoskopja: wydzielina nieobfita, ropna, cuchnąca; po wytarciu jej stwierdza się obfitą ilość ziarniny w jamie bębenkowej od tyłu i dołu. Na ucisk wyrostek niebolesny. Ny —. Zgięcie głowy czynne i bierne utrudnione i bolesne. Objaw Kerniga —. Romberg —. Słuch po stronie lewej: szept a. c., mowa potoczna 3 m. C(128)—0; C_3—skrócony na 15″. Nakłucie lędźwiowe: płyn pod ciśnieniem normalnem, nie badany z powodu domieszki krwi. Stan ogólny ciężki. Tetno 64. Cera ziemista. T^0 podwyższona. 12.II 29. Operacja w uspieniu chloroformowem. Typowe cięcie za uchem. Dłutowano w kierunku antrum. Natrafiono na zmienioną zatokę. Kość dokoła jamy sutkowej zniszczona; z tylnej części rany wydobywa się pod ciśnieniem posokowata treść; treść ta wydobywała się z pod opony. Obnażono zatokę na przestrzeni 1 cm. Wydłutowano dolną część wyrostka, wyskrobano ziarninę. Usunięto część tylnej ściany. Wykonano plastykę. Opatrunek. Przebieg: w ciągu następnych trzech dni T^0 spadła do normy, tętno zwolnione (62 n/m—56 n/m). Bóle głowy utrzymują się, wymioty. 16.II 29 chora w nocy jakoby straciła mowę. Wymioty, tętno 56 n/m. Odruchy normalne. Punkcja lumbalna — płyn przezroczysty, ciśnienie normalne NA + +, limfocyty w nieznacznie zwiększonej

ilości. Wobec powyższego w uspieniu chloroformowem dokonano usunięcia tegmen tympani; po 3 krotnem nakłuwaniu w kierunku lobi temporalis na głębokości 2½ cm. wydostano około 10 cm^3 lekko przezroczystego płynu. Tegoż dnia wieczorem chora zmarła. Na sekcji stwierdzono ropień móżdżku po stronie lewej w dolnej części półkuli oraz znaczne rozszerzenie bocznej komory lewej.

Dyskusja: *Chorążycki B.* stwierdza, że na zasadzie badań pewnego japończyka żaden objaw nie jest charakterystycznym dla ropnia móżdżku.

Czarnecki. Przypadek powyższy zwraca naszą uwagę na to, że nawet duże ropnie mózgowe mogą być nierozpoznane za życia wobec braku charakterystycznych objawów. Nie ulega wątpliwości, że objawy takie zawsze istnieją, ale nasze metody badania są niedoskonałe, to też najczęściej rozpoznajemy ropnie móżdżku tam jedynie, gdzie obok objawów ogólnych mamy i ogniskowe. Czasami może nawet podświadomie udaje się zrobić właściwe rozpoznanie w braku tych ostatnich. Przypomina przypadek, spostrzegany przez siebie przed 5-ciu laty. Chłopiec 8-letni, cierpiący od 6 lat na ropienie z obu uszu (po płonicy) w ciągu ostatniego miesiąca uskarżał się na silne bóle głowy, t^0 37.3, tętno 120. W lewem uchu centralne przedziurawienie, w prawem całkowite zniszczenie błony i masy perlaka. Chory apatyczny, robi wrażenie ciężko chorego. Żadnych innych zmian chorobowych nie było. Matka przypomniała sobie, że mały przed rokiem w ciagu trzech dni miał dużą gorączkę, wymioty i konwulsje, ale uważała to za „robaczki", gdyż po 3 dniach choroba ustąpiła. Ponieważ wygląd chorego nasuwał podejrzenie na ropień mózgowy, to ostatnie z wywiadów zdawało się potwierdzać rozpoznanie. Chory został z tem podejrzeniem skierowany do kliniki, gdzie dokładne badanie w ciągu kilku dni nic wyraźnego nie wykazało, ponieważ jednak ciepłota zaczęła się podnosić (38.5), choremu miano zrobić operację doszczętną. Niestety, na godzinę przed operacją, chory nagle zmarł. Sekcja wykazała duży ropień w zrazie skroniowym, który otworzył się do komory.

Zamenhof w roku m. w. 1912 spostrzegał przypadek, który rozpoznał klinicznie jako ropień prawej połowy móżdżku. Rozpoznanie to uczynił na podstawie pierwszej symptomatologii, ogłoszonej przez Barany'ego. Zamenhof dokonał operacyi i przy punkcyi otrzymał płyn żółty. Neurolodzy określili to, jako ksantemję, sekcja jednak zwłok wykazała torbiel prawego płata móżdżku Poza tem zabierali głos: Pęski, Sinołęcki, Dworecki.

4) *Dobrowolski.* Chłopiec 5-letni przyjęty przed 3-ma dniami do szpitala dziecięcego *z otwartym ropniem na prawym wyrostku sutkowym.* T^0 39.0

Przewody słuchowe z obu stron zarośnięte, małżowiny uszne w stanie zaczątkowym, w paru miejscach widać w nich ślepe kanaliki, słuch znacznie osłabiony. Antrotomji nie wykonano z powodu sprzeciwu rodziców, ograniczono się do zabiegu wypompowania ropy.

Dyskusja: *Szumlański* przytacza przypadek mikrotji, operowany przez Krajewskiego; słuch nie poprawił się.

Lubliner radzi w podobnych wątpliwych przypadkach zdejmować roentgenogram.

5) *Dobrowolski* przedstawia urzędnika lat 72 *z owrzodzeniami nagłośni i tylnej ściany gardła.* Owrzodzenia pokryte nalotem białoszarym, dość grubym, podobnym do błoniczego. Dobrowolski obserwuje chorego od roku. Poraz pierwszy owrzodzenia wystąpiły tylko na górnym brzegu nagłośni; po kilku dniach pod wpływem alkalicznych wziewań i płókań, oraz tuszowaniu 2 — 3% azotanem

srebra owrzodzenia znikły. Powtórnie choroba wystąpiła we wrześniu r. z. przy objawach objektywnych i subjektywnych zupełnie podobnych, jak za pierwszym razem. Wreszcie 3-ci raz w początkach lutego r. b. Teraz owrzodzenia z nalotami ukazały się też i na tylnej ścianie gardła. Chory stale kaszle, narzeka na umiarkowane bóle przy połykaniu. W płucach — przewlekły nieżyt. Alkoholu nie nadużywa, sporo pali, wychudzony i osłabiony, lues neguje, WR ujemny, w plwocinie laseczników K. niema. Pomimo tak długotrwałej obserwacyi rozpoznania dotychczas nie postawiono.

Dyskusja: *Koenigstejn.* Szary nalot na nagłośni przypomina obraz spostrzegany przy pemphigus pharyngis et laryngis. Uderza w tym przypadku brak silnych bólów przy łykaniu.

Tryjarski przytacza przypadek o podobnych objawach u młodej izraelitki obarczonej silnie nerwowo (katalepsja); rozpoznano phar. fibrinosa neuropatica (stwierdzono anatomopatologicznie).

Srebrny przytacza podobny przypadek z rozpoznaniem phar. fibrinosa.

Lubliner, Sinołęcki upatrują przyczynę w skazie wysiękowej.

6) *Kmita* demonstruje kamień wydobyty z gl. sublingualis u diabetyka.

7) *Sinołęcki* przytacza *przypadek antrotomji u chorej na cukrzycę*; operacja wykonana została po uprzedniem przygotowaniu chorej przez zastrzyki insuliny.

Dyskusja: *Kmita* opisuje podobny przypadek.

Koenigstejn nie uważa, by przypadki zapalenia wyrostka sutkowego w przebiegu cukrzycy stanowiły „noli me tangere" dla noża otochirurga. Przypadki operowane przez K. przy jednoczesnem zastrzykiwaniu insuliny goiły się nie gorzej od przypadków zwykłych. K. obserwował ciężki przypadek zapalenia wyrostka u 60 kilkoletniej kobiety z daleko posuniętą cukrzycą i acetonurją. Sprawa trwała 4 — 5 miesięcy; sam przypadek nadawał się do operacji, lecz chora nie zgadzała się i w końcu wyzdrowiała.

Srebrny przypomina o operacjach wyrostka u chorych na cukrzycę w tych czasach, gdy insulina nie była jeszcze znana; pomimo to wyniki były dobre.

Hellin zastanawia się, dlaczego operowane przypadki mastoiditów u diabetyków mają przebieg dobry, natomiast operacje na innych częściach ciała u tychże diabetyków są przeciwskazane.

Chorążycki B. — rany u diabetyków po operacjach na wyrostku goją się zwykle zupełnie dobrze. Niebezpieczne są tylko przypadki powikłane zakrzepem zatoki żylnej (thrombophlebitis). Nigdy nie wiadomo, jak długo można zwlekać z operacją, gdyż chorzy na cukrzycę zwykle nie gorączkują i na bóle w wyrostku mało się uskarżają.

8) *Sinołęcki* przedstawia *przypadek raka krtani leczonego radem*, wprowadzonym do krtani przez otwór tracheotomijny z wynikiem dodatnim.

Dyskusja: Zabierali głos: Chorążycki B. Srebrny, Koenigstejn.

9) Karbowski. *Pokaz chorej po transseptalnem otwarciu zatok klinowych w przypadku nowotworu przysadki.* Chora od kilku lat ma objawy nowotworu przysadki mózgowej. Pomimo wielokrotnego naświetlania promieniami Roentgena nastąpiło ostatnio znaczne pogorszenie, które objawiło się w znacznem obniżeniu ostrości wzroku (chora odróżniała palce na odległości $1/2$ metra) i w silnych bólach głowy. W celu zastosowania leczenia radem, dokonane zostało otwarcie obu zatok klinowych z usunięciem przegrody między niemi. Karbowski demonstruje

chorą ze względu na otwór widoczny w prawej zatoce klinowej — w powyższym przypadku mamy prawdopodobnie podwójną zatokę klinową prawostronną ewentualnie komórkę sitową tylną, położoną w płaszczyźnie zatoki klinowej.

10) *Karbowski*. Pokaz *chorej po zniszczeniu łuku tylnego diatermją*. Chora była operowana przed 3 laty z powodu częstych angin, powikłanych ropniami okołomigdałkowemi. W następstwie przebytych angin chora niejednokrotnie zapadała na reumatyzm stawowy z powikłaniem ze strony serca. Pomimo doszczętnego wyłuszczenia migdałków, chora kilka razy zapadała na anginy, w przebiegu których w lewym tylnym łuku formował się ropień. Tylny łuk został zniszczony zapomocą diatermji a wraz z łukiem prawdopodobnie zabłąkana tkanka migdałkowa, która w tym przypadku znajdowała się prawdopodobnie poza otoczką migdałka.

Dyskusja: *Sinołęcki* wolałby zastosować w powyższym przypadku metodę operacyjną zamiast djatermji jeszcze niedokładnie zbadanej. Jednocześnie zwraca uwagę na znaczne zniekształcenie bliznowate gardła.

Koenigstejn w podobnych przypadkach obawiałby się stosować elektrokoagulację i stosowałby metodą chirurgiczną. Zrośnięte łuki należałoby rozciąć i postarać się wypreparować pozostałą część migdałka.

Lubliner potępia metodę elektrokoagulacyjną.

Chorążycki B. Podług Hammara w łuku przednim mogą być zawarte ogniska tkanki limfatycznej, nie będące w związku z migdałkiem podniebiennym. Przy wyłuszczaniu tego ostatniego ogniska te zostają na uboczu i mogą być w następstwie podstawą do formowania się ropni w samym łuku nawet po operacji dokonanej lege artis.

Czarnecki uważa zastosowanie w tym przypadku diatermji za bardziej niebezpieczne, niż operację krwawą, można bowiem spodziewać się wtórnego krwotoku, trudnego, a może i niemożliwego do opanowania. Za najbardziej celowe Czarnecki uważałby w podobnych przypadkach zastosowanie promieni Roentgena. Wyniki tego leczenia są pewne i jest ono całkowicie bezpieczne.

VII. Posiedzenie naukowe dn. 28-go marca 1929 r.

Przewodniczący — *Czarnecki*, Sekretarz — *Tryjarski*.

Tryjarski podał do wiadomości kolegów *2 przypadki obserwowanej przez siebie ciężkiej postaci anginy*. Pierwszy przypadek dotyczył pana Z. M., 21 letniego studenta politechniki. Sprawa podobno rozpoczęła się od anginy z nieznaczną i krótkotrwałą jakoby wysypką szkarlatynową, przy $t^0 + 39.5$, tętnie około 100, samopoczuciu bardzo dobrem. Po mniej więcej 10 dniach (wtedy poraz pierwszy widziałem chorego) sprawa przybrała w gardle charakter nekrotyczny, przechodząc stopniowo z migdałka na łuki (przedni i tylny) i gardło — wszystko po lewej stronie, gruczoły na szyi powiększone. Z nalotu, pobranego z głębi migdałka wyhodowano wrzecionkowce i paciorkowce; mocz bez zmian, krew jałowa, lymfocytoza, granulocyty obecne (takiż sam wynik analizy po upływie tygodnia). Cała sprawa trwała około 4 tygodni i zakończyła się śmiercią; temperatura utrzymywała się ciągle na wysokości mniej więcej 39,5, tętno około 100, samopoczucie zawsze dobre z wyjątkiem ostatnich dni. W połowie mniej więcej trwania choroby wystąpiło powiększenie śledziony, w ostatnich dniach (jak mówił internista)—sprawa zapalna ograniczona w płucu. Terapja: miejscowo collargol, salwar-

san, ogólne—injekcje surowicy przeciwpaciorkowcowej i autoszczepionka—wszystko bez najmniejszej reakcyi tak miejscowej, jak i ogólnej.

2. Drugi przypadek dotyczył 15 letniej panienki J. M. Sprawa rozpoczęła się od anginy z prawie jednoczesnem zajęciem stawów, przy $t^0+39.5$. Po mniej więcej 10 dniach wystąpiło nekrotyczne owrzodzenie na migdałku prawym, które z biegiem czasu rozszerzyło się na łuki (przedni i tylny), nagłośnię i krtań (nalewka). Jednocześnie prawie pokazały się owrzodzenia w nosie, na łokciach, biodrach i kolanach. Cała sprawa trwała około 2 miesięcy i zakończyła się wyzdrowieniem przy stopniowo opadającej temperaturze i gojeniu się owrzodzeń. Krew nie była badana, mocz bez zmian, w nalotach paciorkowce i wrzecionowce.

Terapja: zastrzyki mleka — bez zmian, wybitna i szybka poprawa nastąpiła przy zastosowaniu salwarsanu w postaci pędzlowań owrzodzeń. Rezultat: przedziurawienie przegrody nosa w części chrząstkowej, braki duże w łukach przednim i tylnym, nagłośni i w małej części na nalewce—wszystko po stronie prawej.

Dyskusja. *Karbowski* przed 2 tygodniami obserwował analogiczny przypadek — dotyczył on chorej, która przez 10 dni była w obserwacyi internisty z powodu anginy. Przy badaniu w szpitalu stwierdzono szarawe naloty na migdałkach bez głębszych owrzodzeń, gruczoły na szyi mało powiększone, bolesne. Tętno 100, śledziona macalna. Badanie krwi wykazało normalną ilość granulocytów, natomiast znacznie zwiększoną ilość limfocytów (do 200,000). Rozpoznano ostrą limfatyczną leukemję. Dalszy przebieg potwierdził to rozpoznanie.

Meyerson w 1913 r. podał kilka przypadków zgorzeli migdałka, które należy odnieść do kategoryi angin złośliwych, bliżej jeszcze nieokreślonych nozologicznie. W jednym z tych przypadków w jakiś czas po wyzdrowieniu wytworzył się złośliwy nowotwór migdałka (sarcoma), operowany z pomyślnym skutkiem przez Czarkowskiego i zakomunikowany na posiedzeniu sekcyi Oto-Laryngologicznej Warsz. Tow. Lek.

Karbowski odnośnie do uwag Meyersona przytacza przypadek, obserwowany niedawno, dotyczący chorej która zwróciła się do K. z powodu bólu gardła. Przy badaniu stwierdzono: znaczny obrzęk migdałków ze znaczną martwicą w częściach centralnych. Głęboko drążące ubytki tkanki pokryte były szarawo żółtemi nalotami, które nie oddzielały się od swego podłoża. Gruczoły na szyi macalne lecz nie bolesne. Badanie bakterjologiczne: gronkowiec złocisty (czysta hodowla). Badanie morfologiczne krwi: obraz normalny—82% granulocytów, 17% limfocytów. Wassermann ujemny. Leczenie antiluetyczne — nie dało poprawy. W ciągu dwutygodniowej obserwacyi stan chorej raczej pogorszył się, gruczoły na szyi znacznie powiększyły się. Wobec trudności rozpoznawczych wyciąłem część migdałka w celu zbadania histologicznego (D-r Plonskier), które wykryło zmiany, wskazujące na cierpienie układowe — na lymphogranulomatosis resp. lymphosarcomatosis. Leczenie Roentgenem dało dużą poprawę.

Chorążycki B. proponuje badanie sekcyjne gruczołów.

VIII posiedzenie naukowe dnia 2.V 1929 r.

Przewodniczący — *Czarnecki*, sekretarz *Tryjarski*.

1) *Polański* demonstrował *kobietę, uskarżającą się od dłuższego czasu na ból gardła* z nalotami. Aczkolwiek Wassermann wypadł ujemnie, poddał ją próbnej specyficznej kuracyi, która wywarła wpływ dodatni albowiem naloty znikły, ból ustąpił.

2) *Tryjarski* przedstawił chorego l. 24 cierpiącego i leczącego się od 12 lat *na lupus nasi*, co było stwierdzone mikroskopowo. Obecnie T. stwierdza obok niewątpliwych zmian gruźliczych na skrzydłach nosa i przegrodzie, blizny w jamie nosowo-gardłowej, zwężenie tylnych otworów nosa, blizny na całej środkowej części gardła i łukach. Powyższe blizny, ich układ i zwężenie tylnych otworów nosa przemawiałyby za współistnieniem twardzieli.

Dyskusja: *Meyerson* radzi przeprowadzić badania mikroskopowe śluzu i wyciętych kawałków tkanki sluzówki i przypuszcza współistnienie lupus i scleroma.

Chorążycki B. skłonny jest do określenia tego cierpienia jako lupus; współistnienie scleromy neguje.

Tryjarski zakomunikował na następnem posiedzeniu że badań anatomopatologicznych nie wykonał, ponieważ chory opuścił szpital Dz. Jezus.

3) *Hellin D.* przedstawił *próbki nowego preparatu p. n. „Otosclerosan"*, wyrabianego w postaci drażetek przez firmę „Klawe" przeciw otosclerosie. Skład jego stanowią: strontium lacticum (1.0), witamina D (3 mlg.), diuretyna (0.5), chininum muriaticum względnie ac. salicylicum (0.001), bromergon (1.3 zawartość bromu 0.5) i extr. radicis cimicifugae racemosae (0.4). Ilość ta zawarta jest w 10 tabletkach. Uzasadnienie: Otosclerosa, jako choroba głównie kostnej tkanki błędnika, odpowiada, pod względem zmian anatomicznych, bądź zmięknieniu kości, bądź krzywicy, szczególnie późnej jej postaci (rachitis tarda), stąd i leczenie powinno być w tę stronę skierowane. Środkami w tym kierunku działającemi, jak dostatecznie wykazała praktyka, są: witamina D, pod wpływem której wzmaga się we krwi zarówno ilość wapnia, jak i fosforu i mlekan strontu. Stront działa tu w sposób analogiczny do wapnia, z którym należy do jednej grupy chemicznej, w silniejszym jednak stopniu, jak wykazało doświadczenie w leczeniu późnych postaci krzywicy (u dorosłych) i zmiękczenia kości. Diuretyna — działa na zmianę przekroju poprzecznego naczyń krwionosnych, który, jak wiadomo (Wittmaack, E. Mayer) jest w otosclerosie patologicznie zmieniony; jest ona wskazana również ze względu na częste powikłania otosclerosy ze zmianami w działalności serca (tętno przyśpieszone lub nieprawidłowe) spostrzeżenia Conrada, Steina Babińskiego, Hellin'a). Bromergon jest środkiem uspakajającym, działającym również skutecznie, lecz w sposób łagodniejszy, niż zwykle stosowane sole bromu i jest niezbędny w zwalczaniu szmerów, nim witamina i stront wywołają pożądane zmiany kostne. W tym też kierunku działa chininum muriaticum w dawkach minimalnych (prawo Andt-Schultzego o działaniu dawek homeopatycznych w przeciwieństwie do dawek większych, prawo szeroko stosowane przez Bier'a w Berlinie). Również usmierzająco działa Extr. Cimicifugae racemosae. Każdy flakon zawiera 150 drażetek. Stosować należy drażetki w ilości 5 naraz, 6 razy dziennie — czyli co 2 godziny. Żadnych dolegliwości w narządach trawienia drażetki nie wywołują. Należy je połykać nie rozgryzając, chorzy znoszą je b. dobrze. Hellin otrzymał przy stosowaniu tego środka bardzo dobre wyniki, nawet pod względem polepszenia słuchu. Wynik pomyślny daje dopiero zużycie 4 butelek bez przerwy, poczem leczenie należy przerwać.

4) *Karbowski. Obustronne otwarcie zatok klinowych z usunięciem przegrody w przypadku akromegalji.* Chora od kilkunastu lat jest pod obserwacją lekarską z powodu nowotworu przysadki, następstwem czego jest akromegalia; wzrok normalny. Operację wykonano w celu zastosowania radu.

W dyskusyi zabierali głos: Oppenheim, Meyerson, Chorążycki B.

5) *Zamenhof* przedstawił chorą lat 24 z rozległemi zmianami gruźliczemi w krtani i zwężeniem głośni. Chora w 7 miesięcu ciąży, na gardło skarży się od 6 tygodni. Pomimo poważnego obrazu klinicznego chora czuje się dobrze, niema przeszkody ani bólów przy połykaniu pokarmów, wygląda dobrze, przybywa na wadze i nie gorączkuje. Na przerwanie ciąży nie zgadza się. Z. przypuszcza wobec obrazu klinicznego i zadawalniającego stanu chorej, że nacieczenie jest pochodzenia paragruźliczego i że po odbyciu ciąży ustąpi, jak to spostrzegał już w jednym przypadku.

Dyskusja: *Chorążycki B.* przytacza podobny przypadek tbc laryngis et epiglottidis, gdzie z powodu dysfagji wykonał 10 nakłuć galwanokauterem, co dało niezły wynik. Ginekolog wywołał przedwczesny poród. Pomimo tego chora czuła się znacznie gorzej niż przed usunięciem płodu.

Karbowski przytacza przypadek, w którym obserwował daleko posuniętą sprawę gruźliczą krtani podczas ciąży. Chora rodziła normalnie. Po upływie trzech lat badanie krtani nie wykazało specyficznych zmian gruźliczych.

6) *Zamenhof. Leczenie światłem zapaleń ucha środkowego u dzieci.* Praca ukaże się w oddzielnej odbitce.

IX posiedzenie naukowe dnia 31.V 1929 r.

1) *Lubliner* przedstawia *krtań i gardło zmarłego z rozpoznaniem pharyngitis gangraenosa.*

Dnia 11.V. 29 przyjęty został na oddział chory I. K, lat 58, cierpiący od tygodnia na ból w gardle z utrudnionem połykaniem. Badanie chorego wykazuje: na prawym migdałku nalot szary, na bocznej ścianie gardła powyżej sin. pyriformis głębokie nekrotyczne owrzodzenie, pokryte cuchnącą masą. Po oczyszczeniu przekonano się, iż rana drąży na głębokość $^1/_2$ cm. Ciepłota dochodziła 39.5; tętno drobne, nikłe. W moczu ślady białka; w płucach objawy nieżytowe. Badanie nalotu wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Löffer.—W ciągu 4 dni stosowano leczenie: miejscowo — pyoctaninę, ogólnie—wlewanie dożylne salwarsanu. 4-go dnia wystąpiły objawy pneumonji hypost. po stronie prawej. W ciągu następnych 2 dni stan chorego pogorszył się i ostatecznie przy objawach zapaści zmarł. Sekcja wykazała: rozległe zmiany nekrotyczne w gardle, w innych organach zmiany właściwe pasocznicy.

Dyskusja: *Pęski* podaje 3 przypadki anginy złośliwej, przyczem opisuje własne przeżycia przy anginie, którą zaraził się od obserwowanego w szpitalu kolegi.

Dworecki wiąże te przypadki złośliwej anginy z grypą.

Koenigstejn opowiada o przypadku złośliwej anginy i ropnia obserwowanym u żony jednego lekarza, powikłanym ropniem płuca.

2) *Tryjarski* przedstawił *chorą lat około 40 z guzem o gładkiej nierównej powierzchni, wychodzącym z lewej zatoki gruszkowatej, unieruchomiającym lewą połowę krtani.* Zmiany w szczycie prawym b. niewielkie (brak kaszlu i plwociny), Wassermann ujemny, próbna kuracja specyficzna—ujemna. T. suponuje *nowotwór.*

Dyskusja: *Lubliner* i *Sinołęcki* traktowaliby to jako perichondritis tbc.

3) *Sinołęcki* — przypadek *migdałka podniebiennego monstrualnych rozmiarów.*

I. T., lat 60, urzędnik państwowy od 3 lat doznaje lekkiej przeszkody w gardle przy połykaniu i głos ma zmieniony. Prawy migdałek podniebienny normalny, lewy potwornie powiększony, wypełnia całe gardło, część nosogardła

i t. zw. hypopharynx, przytłaczając wejście do krtani. Rozpoznanie dużego wyciętego kawałka nowotworu brzmi: Hyperplasia folliculorum. Gruczoły chłonne na szyi po lewej stronie powiększone, twarde. Od $1^1/_2$ roku nowotwór powiększył się nieznacznie.

Dyskusja: *Pęski* podaje podobny przypadek, gdzie anatomo - patologicznie było postawione rozpoznanie hyperplasia folliculorum. Tonsillotomja. Badanie powtórne głębszych części wykazało rak. Zastosowano Roentgen z pomyślnym wynikiem lecz po 3 latach nawrót i śmierć.

Lubliner sądzi, że wgłębi prawdopodobnie kryje się nowotwór.

Czarnecki: guz niewątpliwie jest złośliwy; przemawia za tem wygląd jego i twarde gruczoły na szyi. Podobny przypadek Cz. spostrzegał przed 3 laty; parokrotne badanie drobnowidowe nawet po tonsillotomji wykazywało „przewlekłą sprawę zapalną". Ponieważ w dwa miesiące po tonsillotomji guz odrósł, a gruczołów na szyi nie było, choremu zrobiono tonsillectomję, przyczem dokładne następcze badanie wykazało na niektórych preparatach układ, charakterystyczny dla mięsaka. Chory ten był poddany leczeniu promieniami Roentgena; stan jego jest dotąd dobry. W przypadku Sinołęckiego Cz. uważa za jedynie racjonalną operację zewnętrzną t. j. pharyngotomja ext. z podwiązaniem art. car. ext. W ten tylko sposób można usunąć guz całkowicie wraz z zainfekowanemi gruczołami i naczyniami chłonnemi.

Chorążycki B. twierdzi na zasadzie spostrzeżeń lekarzy Wiedeńskich, że badania mikroskopowe wyciętych kawałków nie dają najmniejszej rękojmi co do istoty sprawy zasadniczej, odbywającej się wgłębi.

4) *Sinołęcki. Przypadek sprawy ropnej przewlekłej w uchu środkowem, obostrzonej i powikłanej zakrzepem w zatoce esowatej z zejściem w wyzdrowienie po operacji doszczętnej zachowawczej.* 17 letni uczeń, mający od lat 4 sprawę ropną w uchu środkowem, dn. 30 marca zanurzył głowę w kąpieli, a już 3-go kwietnia w stanie ciężkim został przewieziony z prowincyi do szpitala Ewangielickiego. T^0 41.8, wstrząsające dreszcze, przytomność zachowana, skąpy, cuchnący wyciek ropny z przedziurawieniem w membrana flaccida, żywa bolesność w miejscu odpowiadającem położeniu zatoki esowatej. Rozpoznano sprawę ostrą ropną w wyrostku sutkowym, powikłaną zakrzepem w zatoce esowatej i przystąpiono niezwłocznie do operacyi. Po dokonaniu operacyi t. zw. doszczętnej, zachowawczej, obnażono zatokę esowatą na przestrzeni około 2 cm i nacięto skalpelem w kierunku podłużnym, przyczem stwierdzono zakrzep całkowity. Opatrunek bezgnilny. Tegoż dnia o godz. 3 - ej popołudniu T^0 36.5. Stan ogólny dobry. Po kilku dniach ranę za uchem zaszyto, wyzdrowienie. Słuch: szept w odległości 4 mtr.

X. Posiedzenie naukowe z dn. 27 - go czerwca 1929 r.

Przewodniczący — *Czarnecki.* Sekretarz — *Tryjarski.*

1) *Szmermer: Przypadek świeżego zrostu miękkiego podniebienia z tylną ścianą gardła.* Sz. chciałby wysłuchać opinji kolegów w kwestyi leczenia powyższego przypadku.

Sinołęcki proponuje zastosowanie radu.

Karbowski radzi zastosować diatermję n. b. b. ostrożnie.

Koenigstein jest przeciwny stosowaniu radu, który na tkankę bliznowatą

nie działa, w danym zaś przypadku K. przypuszcza sprawę bliznowatą i w tylnych nozdrzach i proponuje systematyczne rozrzerzanie miękkiemi i twardemi drenami

Lubliner proponuje zastosowanie rozszerzaczy metalowych giętkich.

Hellin proponuje fibrolizynę ew. bougies.

Gottfryd proponuje laminarja.

Chorążycki oddaje piewszeństwo interwencyi chirurgicznej w przypadkach stosunkowo swieżych. Blizny w danym przypadku są jeszcze dość miękkie, podniebienie i łuki nie są jeszcze w stanie zaniku i niema obawy, że po przecięciu zrostów odseparowane podniebienie będzie bezwładne. Wtórnemu zrośnięciu można zapobiec najlepiej zapomocą kiszeczki Hopmanna, którą wprowadza się przez nozdrza do przestrzeni nosowogardłowej i wyprowadza przez usta nazewnątrz, przymocowując ją na wardze górnej. Odseparowane podniebienie miękkie można w ten sposób odciągnąć od tylnej ściany gardła i trzymać w tem położeniu przez dowolną liczbę dni.

Srebrny po ustaleniu przyczyny t. j. czy tylne nozdrza są drożne, proponuje również zabieg operacyjny z następczem kilkotygodniowem drenowaniem.

2) *Koenigstejn* pokazał chorego *po operacji ostrego ropnia oczodołu i zatoki czołowej.*

Chory G. M, lat 17, przed miesiącem przebył ostre zapalenie mieszkowe migdałków o przebiegu normalnym. W parę dni po „anginie" zjawiły się—ropny, cuchnący wyciek z nosa i obrzęk górnej powieki i skóry czoła po prawej stronie. Ciepłota ciała wahała się między 38^0—39^0. Bóle głowy i ogólne niedomaganie. Po kilku dniach można było wyczuć głębokie chełbotanie pod górną powieką. W uśpieniu eterowem przeprowadzone zostało cięcie wzdłuż brwi i opróżniony został spory ropień oczodołu. Zatoka czołowa została obnażona. Po wydłótowaniu małego otworu w przedniej ścianie zatoki, ukazała się ropa pod ciśnieniem. Cała przednia ściana została zdjęta, ziarnina usunięta łyżeczką; następnie przeprowadzony został sączek z gazy jodoformowej z zatoki do nosa przez ductus naso-frontalis. Rana została zaszyta pośrodku, a z boków wprowadzono cienkie sączki. Po 24 godzinach sączek z nosa usunięto, boczne sączki usunięte zostały po 48 godzinach. Po 6 dniach z nosa usunięto ziarninę, znajdującą się około muszli środkowej, oraz część przednią tejże muszli. Dziś. po trzech blisko tygodniach od operacji efekt kosmetyczny jest zadawalający, blizna mało widoczna, lekki obrzęk powieki wessie się prawdopodobnie niebawem. Sitowe komórki w czasie operacji zostały nietknięte, albowiem przebieg kliniczny nie przemawiał za sprawą ostrą w komórkach sitowych. Wydzieliny z nosa niema obecnie wcale; nastąpiło całkowite wyzdrowienie.

Dyskusja: *Lubliner* przypomina że podobne przypadki były demonstrowane na Zjezdzie w Kopenhadze. Pozatem zabierali głos Sinołęcki, Srebrny, Karbowski.

3) *Karbowski.* Pokaz chorego *po operacji przez kanał zewnętrzny na skutek przewlekłego ropienia z ucha środkowego lewego.*

Dyskusja: *Lubliner* przypomina o dawniejszych operacjach K. i zaznacza, iż są to dopiero próby.

Koenigstejn. Metoda Lemperta jest nową i czyni wyłom w dotychczasowych metodach chirurgicznego leczenia spraw ropnych wyrostka sutkowego. Obala ona dotychczasowy system operowania i dąży do atakowania dużych jam przez małe dojście. Dotychczas jednak nie znalazła ona zwolenników. Co się tyczy samej operacji doszczętnej, wykonanej przez K. subkortykalnie, to Koen. nie rokuje jej

dobrych wyników, gdyż przewiduje zwężenie całego pola operacyjnego. Koenigstejn radby widzieć chorą po wyleczeniu, gdyż narazie nie sądzi, by operacja została dokonana gruntownie przez przewód słuchowy.

Srebrny, Sinołęcki, Hellin są przeciwnikami operacji przez przewód, ponieważ tą metodą nie da się usunąć dokładnie schorzałych części.

Lubliner podkreśla niebezpieczeństwo tego rodzaju operacyi na wypadek anormalnego położenia zatoki i opony twardej.

Chorążycki B. uważa, że tylko mały odsetek przypadków z cierpieniami przewlekłemi ucha środkowego nadaje się do operacyi przez przewód zewnętrzny i że nigdy zgóry nie da się powiedzieć, czy operacja będzie doszczętną. Co do krwotoków z zatoki, to rzeczywiście „sinus praepositus" leży nad poziomem pola operacyjnego, w zwykłych jednak warunkach, gdzie zatoka leży głęboko, zranienie jest i możliwe i niebezpieczne.

Czarnecki przypomina, że autor tej metody operował na klinikach w Wiedniu i aczkolwiek Aleksander i Neumann chwalili tą metodę, jednak stanowczo wypowiedzieli się, że w podobny sposób operować nie będą.

Protokół Walnego Zebrania członków Polsk. T-wa Oto-Laryngologicznego odbytego w Warszawie
w dniu 26-go czerwca 1932 r.

Zebranie zagaił Prezes T-wa D-r Czarnecki powitaniem obecnych, poczem wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci zmarłego tragicznie członka honorowego T-wa Prof. Gustawa Alexandra, człowieka wielkiej zasługi, serca i umysłu. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie. Prof. Szmurło wygłosił wspomnienie, poświęcone uczczeniu pamięci ś. p. D-ra J. Sędziaka, który poło żył zasługi na polu spopularyzowania nauki polskiej zagranicą. Na przewodniczącego dalszego Zebrania wybrano D-ra Z. Srebrnego, na sekretarza D-ra W. Gumińskiego.

Sprawozdanie Sekcji Warszawskiej T-wa złożył D-r Tencer. Sekcja liczy 47 członków. Posiedzeń naukowych w okresie sprawozdawczym (1/2 rocznym) odbyto 6, na których demonstrowano szereg przypadków, oraz wygłoszono odczyt p. t. „Kilka uwag w sprawie grypowego zapalenia uszu". Pozatem odbyto specjalne posiedzenie wspólnie z Warszawskiem Kołem Radjologów, poświęcone radiodiagnostyce w otiatrji. Zarząd odbył 8 posiedzeń, na których omawiano sprawy administracyjne T-wa.

Skarbnik T-wa D-r Gottfryd, składając sprawozdanie ze stanu kasy, podkreślił, że z chwilą przeniesienia redakcji „Przeglądu" do Wilna zarówno Sekcja jak i poszczególni członkowie T-wa wpłacają składki bezpośrednio do Redakcji, to też sprawozdanie może dotyczyć jedynie Sekcji Warszawskiej. D-r Koenigstein w imieniu Komisji Rewizyjnej potwierdza dane cyfrowe, podane przez Skarbnika zaznaczając, że w rachunkowości ksiąg i kasy znaleziono wszystko w należytym porządku. Pr. Szmurło zdaje sprawozdanie z Sekcji Wileńskiej. Posiedzeń naukowych sekcja odbyła 4: 2 samodzielne, 1 wspólnie z pedjatrami i 1 wspólnie z neurologami i okulistami. Sekcja posiada duże zaległości, ostatnio wpłynęło 186 zł.

Doc. Dobrzański w zastępstwie sekretarza Sekcji Lwowskiej nadmienia, że sekcja liczy 29 członków. Posiedzeń odbyto 3, z nich jedno wspólnie z Tow. Lekarskiem poświęcone było röntgenografji narządów słuchu. Do Wilna przekazano 837 zł., w tem ze składek członkowskich 537 zł. i 300 zł. od kliniki.

D-r Miodoński oznajmia, że Sekcja Krakowska odbyła 2 posiedzenia naukowe. Klinika ze względu na duże zaległości nie mogła dotąd wziąć większego udziału w kosztach wydawnictwa, ale jest nadzieja, że stan ten wkrótce się zmieni na lepsze.

Prof. Laskiewicz zaznacza, że Sekcja Poznańsko-Pomorska liczy 25 członków, odbyła 4 posiedzenia naukowe. Mówca uskarża się na opieszałość kolegów z Pomorza. Do Wilna przekazano 370 zł. (składki) oraz 230 zł. (klinika).

D-r Helman złożył sprawozdanie z Sekcji Łódzkiej. Sekcja liczy 17 członków. Posiedzeń naukowych odbyto 6, na których poza demonstracjami był wygłoszony szereg odczytów. Wobec ciężkiego stanu finansowego w Łodzi zebrano zaległych składek 200 zł. które odesłano do Wilna.

Prof. Szmurło złożył sprawozdanie kasowe „Przeglądu".

Saldo (z ostatniego sprawozdania) . . .	41	zł.	75 gr.
Wpływy z Warszawy	720	„	— „
„ z Poznania	600	„	— „
„ ze Lwowa	837	„	60 „
„ z Wilna	175	„	— „
D-r Szwarzbart	100	„	— „
Prenumerata	261	„	— „
Ogłoszenia	1495	„	— „
Poczty P. K. O.	4	„	11 „
Razem . . .	4234	zł.	46 gr.
WYDATKI:			
Prowizja P. K. O.	3	zł.	11 gr.
Przesyłka	97	„	41 „
Kancelarja	14	„	24 „
Drukarnia	1701	„	— „
Razem . . .	1815	zł.	76 gr.
Saldo	2418	zł.	70 gr.

Prof. Szmurło gorąco prosi o dalsze składki, gdyż od tego zależy wydawnictwo „Przeglądu". Nad sprawozdaniem tem rozwinęła się ożywiona dyskusja. Zabierali w niej głos: Czarnecki, Gottfryd, Laskiewicz, Szwarzbart, Hellin, Helman, Imich, Dobrzański, Lubliner, Wąsowski i Srebrny. Mówcy zgodnie podkreślali wysoki poziom naukowy pisma, natomiast wielu z nich skarżyło się, że pismo wychodzi, niestety, bardzo nieregularnie (1 — 2 zeszytów rocznie), że za mało miejsca poświęca na streszczenia z literatury zagranicznej i na sprawozdania z posiedzeń naukowych Sekcji. Skarżono się, że lepiej wydawać 4 zeszyty rocznie, objętości 4 — 5 ark. druku, aniżeli 2 o 8-m ark. W odpowiedzi prof. Szmurło zaznacza, że winę tych niedokładności ponosi brak pieniędzy, o które stale trzeba walczyć i które wpływają nader nieregularnie. Gdyby uwzględnić postulaty mówców, należałoby wydawać miesięcznik, a na to nas, niestety, nie stać.

Laskiewicz przypomina, że przyszły Zjazd odbędzie się w Poznaniu w dn. 15 — 19 września 1933 r. łącznie ze zjazdem lekarzy i przyrodników polskich

i lekarzy słowiańskich. Jako temat programowy proponowany jest „Leczenie ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego z uwzględnieniem dzieci i osesków".

Szwarzbart przypomina, że na Zjeździe we Lwowie zgłosił temat „Zagadnienia endokrynologji w oto-rhino-laryngologji" i zapytuje, dlaczego ten temat nie jest postawiony. Czarnecki wyjaśnia, że na Zjeździe, który odbędzie się łącznie z lekarzami z krajów Słowiańskich, temat programowy powinien być możliwie prosty i łatwo zrozumiały dla wszystkich, a takim jest temat proponowany i również we Lwowie podany (przez prof. Szmurłę). Po długiej dyskusji, w której zabierali głos: Laskiewicz, Lubliner, Dobrzański i Helman zdecydowano przekazać tą sprawę przyszłemu Zarządowi do szybkiego załatwiania.

Z kolei dokonano przyjęcia nowych członków T-wa: D-ra Strawińskiego (Królewska Huta), Karwowskiego (Poznań), Szackiego (Białystok), Ceytlina (Warszawa), Schyllingsohna (Łódź), Rosenfelda (Łódź), Alter-Zanermanna (Warszawa). Na propozycję Zarządu wybrano na członka honorowego Prof. Giorgio Ferreri (Perugia).

Prezesem T-wa został wybrany większością głosow d-r J. Czarnecki (ponownie), wice-prezesami d-r B. Czaplicki (Łódź) i d-r M. Koenigstein (Warszawa). Redaktorem „Przeglądu" pozostał nadal prof. Szmurło, sekretarzem Tencer, skarbnikiem Gottfryd, bibliotekarzem Pieniążek.

Wynik Konkursu ogłoszonego przez D-ra Czarneckiego na jubileuszowem posiedzeniu T-wa dnia 7-go grudnia 1930 roku.

Sąd Konkursowy, zebrany dnia 25-go czerwca 1932 r. w składzie Kol.: Czarneckiego, Laskiewicza, Lublinera, Pieniążka i Srebrnego, po rozpatrzeniu nadesłanych do oceny prac zdecydował uznać za najlepszą pracę p. t. „Przyczynek do charakterystyki odruchu cieplnego", przeznaczając nagrodę w wysokości 200 zł. dla jej autora. Poza tem postanowiono przyznać nagrodę 100 zł. autorowi pracy p. t. „Uproszczona metoda jakościowego i ilościowego badania słuchu". Autorem I-ej pracy jest Doc. D-r Med. Tadeusz Wąsowski (Wilno), autorem II-ej D-r Leon Zamenhof (Warszawa).

—:—

Prace na konkurs 1933 r. winny być nadesłane do dn. 31-go marca 1933 r. na ręce D-ra Czarneckiego, Warszawa, Zgoda 8.

Najlepsza praca może otrzymać nagrodę w wysokości 700 zł.

Wiadomości bieżące.

W okresie od dnia 13-go lutego do 15-go czerwca odbył się w Wilnie I-szy kurs dla nauczycieli i lekarzy szkolnych z zakresu leczenia wad mowy i głosu. Powyższy kurs został zorganizowany przez Radę Wydziału Lekarskiego w porozumieniu z Kuratorjum Okręgu Szkolnego Wileńskiego na wniosek Prof. J. Szmurły Dyrektora Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. Kurs składał się z części teoretycznej i praktycznej. W charakterze wykładowców brali udział: Dziekan wydziału Lekarskiego Prof. D-r W. Jasiński, Prof. D-r J. Szmurło, Prof. D-r M. Rose, Doc. D-r T. Wąsowski, Doc. D-r H. Hurynowiczówna, Doc. D-r B. Dylewski, D-r H. Jankowska i D-r Bojarczykówna.

Przesłuchało cały kurs 35 osób, z nich 31 zdało egzamin z całego kursu przed Komisją egzaminacyjną w obecności Dziekana Wydziału Lekarskiego U.S.B. Po ukończeniu kursu nauczyciele i lekarze szkolni przystąpią na terenie szkoły do systematycznej pracy, mającej na celu zapobieganie i leczenie wad mowy i głosu.

—·—

D-r Benedykt Dylewski, starszy asystent Kliniki Oto-laryngologicznej U.S.B. został habilitowany z zakresu oto-laryngologji po przedstawieniu pracy p. t „Badania nad odruchami gardłowemi".

—·—

IX-ty Zjazd Oto-Laryngologów polskich odbędzie się w Poznaniu w dniu 15—19 września 1933 r. łącznie ze Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich oraz lekarzy słowiańskich. Stosownie do porozumienia delegatów Stałego Komitetu Zjazdów Oto-Laryngologicznych słowiańskich każdy z 4 narodów (czesi, jugosłowianie, bułgarzy i polacy) przygotuje jedno posiedzenie naukowe, t. j. wybierze temat programowy i wyznaczy referenta (ów). Na tem posiedzeniu będą mogły być wygłoszone odczyty, wyłącznie związane z tematem głównym. Po otrzymaniu ostatecznej odpowiedzi wszystkich zainteresowanych zgłoszone tematy zostaną podane do ogólnej wiadomości. Na posiedzeniu Zarządu T-wa w dn. 30 czerwca 1932 r. postanowiono ogłosić jako temat programowy na posiedzenie „polskie": „Leczenie ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego z uwzględnieniem dzieci i osesków". Referaty programowe winny być przysłane na ręce Prezesa T-wa (przed 31 marca 1933 r.) w całości, zaś odczyty (w streszczeniu) przed 30 kwietnia tegoż roku. Życzeniem bowiem usilnem Komitetu Polskiego jest rozesłanie w sierpniu 1933 r. drukowanego szczegółowego programu Zjazdu jego uczestnikom.

—·—

Spieszymy zaznaczyć, że pomiędzy 26 a 29 września r. b. odbędzie się w Madrycie Międzynarodowy Kongres Otolaryngologiczny, na którym jednym z głównych tematów będzie twardziel. Z referentów polskich wymienić należy prof. Szmurłę, który zreferuje sprawę anatomji patologicznej twardzieli i prof. T. Zalewskiego, któremu poruczono referat o epidemjologji twardzieli.

—·—

VIII konferencja Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się 6 — 9 września r. b. w Hadze i Amsterdamie pod protektoratem Królowej i przewodnictwem Prof. Nolena. Tematy obrad:

1) Temat biologiczny — „Stosunek pomiędzy allergją a odpornością“ — referent prof. Bordet.

2) Temat kliniczny — „Chrysoterapja“ — referent prof. Sayé.

3) Temat społeczny — „Opieka pozasanatoryjna“ — referent d-r Vos.

—·—

Zmarli: W lutym r. b. po wyjściu poprzedniego numeru dowiedzieliśmy się o śmierci D-ra *Jana Sędziaka*, wybitnego polskiego oto-laryngologa. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne zostanie umieszczone w następnym numerze.

Prof. Dr. *Gustaw Alexander* z Wiednia, jeden z najwybitniejszych Otolaryngologów, członek honorowy Polskiego T-wa Otolaryngologicznego.

RÉSUMÉ DES ARTICLES.

Batawia. Thrombophlébite du sinus latéral d'origine otique sans symptômes locaux. L'auteur décrit deux observations de sépticopyémie d'origine otique sans aucun symptôme du côté de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. Le premier cas concernait un homme chez qui la thrombophlébite du sinus latéral est apparu subitement, après une fièvre grippale, et a provoqué le rhumatisme articulaire avec des ankyloses consécutives. Paracenthèse n'a rien donné; l'opération faite quelques jours après a prouvé le thrombus suppuré dans le sinus latéral et les cellules mastoidiennes plus au moins congestionnées sans fongosités et sans pus. Dans le deuxième cas les symptômes pyémiques sont apparus aussi très subitement au cours d'une otite rechauffée. Paracenthèse sans résultat. Pendant l'opération l'auteur a trouvé une véritable nécrose de l'apophyse et le thrombus sinuisien. La malade est morte.

Ceypek. Un cas de lymphangiome du palais. L'auteur relate une observation de cette rare tumeur observée à la clinique O. R. L. de Lwów.

Chorążycki. Contribution à l'étude de la question de l'abcès rétropharyngien chez les enfants. Dualité de la structure anatomique des amygdales palatines cause la difference des complications periamygdaliennes; les amygdales pédiculaires, sans capsule, ne provoquant jamais d'abcès periamygdaliens. Les amygdales enchatonnées ont une capsule, hors de laquelle se forment les abcès. L'auteur discerne chez les adultes l'abcès periamygdalien antérieur — entre l'amygdale et le pilier antérieur — et l'abcès postérieur—entre l'amygdale et le pilier postérieur, et fait dépendre son

opinion de l'existence d'un pli interamygdalien qui divise l'espace periamygdalien en deux parties. Chez les enfants qui ne possèdent qu'un unique espace periamygdalien le pli interamygdalien etant très peu marqué, l'abcès periamygdalien se propage généralement vers l'espace rétropharyngien.

C'est pourquoi l'auteur soutient qu'il n'y a jamais de rapport de l'abcès rétropharyngien chez les enfants avec des lésions de l'amygdale pharyngée mais, par contre ils dépendent toujours, selon lui, de processus inflammatoire des amygdales palatines.

Czarnecki. Un cas de lymphangiome de la cloison nasale. C'est le cinquième cas de lymphangiome du nez publié dans la littérature otolaryngologique. La tumeur fut extirpée au moyen d'un serre-noeud avec plein succès —la récidive n'était pas observée.

Dobrowolski. Sur le traitement de la tuberculose laryngée. Pour diminuer les douleurs et la dysphagie chez les tuberculeux l'auteur depuis plusieurs années badigeonne le larynx des malades chaque 3—6 jours au moyen d'une mèche d'ouate imbibée d'une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 pour cent, après l'anesthésie locale avec la solution de nitrate de cocaine au vingtième. Il emploi toujours le nitrate de cocaine qui ne se décompose pas sous l'influence de nitrate d'argent. Les résultats oblenus par l'auteur ont été presque toujours satisfaisants.

Dobrzański et Grabowski. Contribution au traitement des polypes nasopharyngiens par les rayons X et par la diathèrmie. Les auteurs relatent 15 observations des fibromes nasopharyngés, dont l'un était traité par la diathermie seule, 3 par la diathèrmie et par la radiothérapie profonde et 9 — seulement par les rayons X. Deux cas ont été opérés, mais enfin les malades devaient être soumis au traitement par la radiothérapie profonde à cause des récidives.

Les malades soumis au traitement par les rayons X furent traités dans les conditions suivantes: 180 KV, 0,2 mm de Zinc — 2,0 mm d'Alum. Doses 200—300 r. pour le champ; 3 ou 4 champs.

Les auteurs notent la guérison complète dans 3 cas et une grande amélioration (sans récidives) dans 7 cas. 5 cas sont encore dans l'observation. Quelques malades ont éprouvé des complications telles que l'hémorragie, la temperature septique, l'otite purulente à la suite des séances de la diathèrmie de même que de celles de la radiothérapie profonde.

Se basant sur les résultats obtenus les auteurs donnent préférence à la radiothérapie profonde et à la diathermo-coagulation. L'opération radicale est très dangereuse en raison des hémorragies graves, parfois mortelles.

Dobrzański, Grabowski et Szumowski. Sur les valeurs pratiques de la radiographie pour l'otiatrie. Depuis 1928 les auteuts ont pratiqué la radiographie de l'apophyse mastoïde dans 300 cas pathologiques et 110 normaux. Ils ont employé les 3 methodes principales: 1^0 la méthode de Schüller c. a. d. l'incidence temporo-tympanique parallèle au grand axe du rocher, 2^0 l'incidence occipito-zygomatique (Stenvers), perpendiculaire au grand axe du rocher et 3^0 l'incidence fronto-tympanique oblique à 45 degrés sur le grand axe (Mayer).

Pour l'étude complète du rocher ils conseillent de faire ces trois incidences. La position de Schüller donne l'image la plus détaillée de la mastoïde, la position de Stenvers permet de voir le labyrinthe, la pointe du rocher et le tegmen douteux, la position de Mayer, du reste, donne surtout la meilleure image de l'oreille moyenne et de l'antre.

La radiographie, selon les auteurs, — c'est une méthode excellente pour aider à un diagnostic douteux de mastoïdite. Dans les cas aigües nous voyons sur les clichés les cloisons inter - cellulaires minces et en partie détruites, l'ensemble de la mastoïde voilée. Dans les cas chroniques (cholestéatome) nous trouvons la mastoïde condensée, la projection du conduit auditif aggrandi.

Dylewski. Les recherches comparatives sur l'état de la cloison nasale et des organes voisins. L'auteur fait part de ses recherches chez 626 malades sur l'état de la cloison nasale en rapport à la conformation de la gorge et du larynx, dont il résulte que la plupart des personnes avec une cloison nasale déviée ont un larynx très large, bien developpé. Le nombre des larynx larges dans la groupe des malades avec une cloison nasale droite est 70%, chez les malades avec une déviation de la cloison nasale d'un degré moderé on a constaté 76% des larges larynx. Le plus grand nombre de larynx très bien developpés (82%) montre le grupe d'hommes avec une déviation de la cloison nasale très marquée. L'auteur en conclut que l'une des causes d'un tel grand nombre de cloisons nasales déviées serait un développement excessif du larynx et même de la trachée. La déviation de la cloison nasale dans ces cas sert à la régulation de la réspiration.

Hellin. Un cas de naevus verrucosus mollis du conduit auditif externe. Déscription de cette rare tumeur du conduit externe chez une malade de 29 ans.

Helman. Contribution á la casuistique des kystes du larynx. L'auteur passant en revue les diverses opinions sur la question de leur étiologie donne 4 observations personnelles de cette rare tumeur. Dans le prémier cas il s'agissait d'une tumeur lisse, fluctuante, developpée sur la base de l'épiglotte. Dans le deuxième cas l'auteur a trouvé dans le larynx un kyste de volume d'un petit haricot qui sortit du ventricule droit sous la forme d'une véritable éversion ventriculaire. Le troisième malade présentait une petite tumeur kystique du cartilage arythénoidien gauche, enfin chez le quatrième on a constaté coèxistance d'un kyste du larynx et d'un cancer.

Les trois malades ont été opérés: les deux en laryngoscopie indirecte, l'un en directoscopie.

Imich. Sur un cas de paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique. Dans cet article l'auteur passe tout d'abord en revue les differentes causes des paralysies de ce nerf d'origine otique et relate un cas personnel.

Le malade fut admis à l'hôpital à la suite de l'exacerbation d'un ecoulement chron. de l'oreille gauche, s'accompagnant des violents maux de tête et des vomissements. La température 39,3. Une attico-antrotomie fut décidée. Pendant l'opération on trouva dans la region antrale une grosse caverne atteignant la partie moyenne de la mastoïde et remplie d'une masse purulente, fétide, sous pression, provenant d'un cholésteatome et d'un abcès extradural.

Après deux ponctions lombaires pratiquées à cause de violents maux de tête, qui ont révelé un liquide opalescent avec 15 leucocytes dans 1 mm^3 l'état du malade s'améliora sensiblement pendant un mois, mais à la suite d'une rétention du pus apparait une parésie du facial gauche, les maux de tête s'accentuent, il y a des vomissements, rigidité de la nuque, le signe de Kernig est positif. L'examen neurologique montre: meningite basilaire, parésie du facial gauche, nevralgie du trijumeau, paralysie du moteur oculaire externe du côté droit. Ponction lombaire et lavage de la cavité medullaire avec du serum physiologique. Ce traitement fut continué pendant 15 jours et finalement au bout de ce temps l'état du malade s'améliora tellement qu'il sortit guéri après 3 mois de sejour à l'hôpital. Ce cas est intéressant à ce point de vue que le malade présentait au cours de la maladie des

poussées de meningite à 3 reprises et 2 fois la paralysie du moteur oc ext. du côté sain, sans aucune modification pathologique de l'oreille de ce côté, ni des cellules éthmoidales post. et du sinus sphénoidal.

Selon Cushing les paralysies du m. ocul. ext du côté opposé à l'oreille malade apparaissent au cours de l'oedème du cerveau dans les cas où ce nerf se trouve sous une artère (art. audit. int. aa. cérebr. inf.). L'auteur pense tout de même, que ce n'est que l'examen histopathologique qui pourrait nous fournir une explication satisfaisante, mais tout les cas observés jusqu'à présent se sont terminés par la guérison et cette preuve nous manque totalement.

Jankowski. Un cas de tumeur mixte de la luette. L'auteur décrit un cas du terathome de la luette chez une malade de 48 ans qui se plaignait depuis longtemps de gêne de la déglutition et d'une sensation de gonflement dans la gorge. L'examen de la gorge montra une tumeur ronde de la luette. L'ablation sans anesthésie locale. Guérison. L'examen histologique: le centre de la tumeur est formé de différents elements du tissu conjonctif; cependant on y a trouvè aussi des cellules épithéliales.

Laskiewicz. Contribution à l'étude de la morphologie de l'abcès périamygdalien et rétropharyngé. Pour éclaircir cette question, dont la discussion est toujours ouverte, les auteurs étant pas d'accord, jusqu'á maintenant, l'auteur après avoir fait la ponction exploratrice de l'abcés qui a pour but de trouver la collection purulente et de l'aspirer, a injecté dans la cavité de l'abcès une quantité de lipiodol qui varie suivant les sujets entre 5 et 10 centimètres cubes. Puis, il a fait radiographies de ces malades en deux positions: de face et de profil. Les radiographies dans les cas d'abcès périamygdalien montrent l'aspect et la forme de goutte allongée, de poire, ou bien d'une poche dans l'espace periamygdalien. La paroi latérale du pharynx est repoussée dans la direction de l'espace parapharyngien. Dans les cas d'abcès rétropharyngien on voit sur les clichés une ombre romboïde au dessous de l'angle du maxillaire inférieure qui repousse la paroi latérale du pharyux en avant et en dedans.

Laskiewicz. Contribution à la casuistique des rhinolithes. L'auteur relate 3 cas de rhinolithes chez les adultes. Les malades se plaignaient de la céphalée et de l'écoulement muco — purulent unilatéral parfois strié de sang et fétide. La rhinoscopie

a montré la dégénérescence polypoïde de la muqueuse du cornet inférieur, le stylet a constaté le corps étranger dur et rugueux sous le cornet inférieur. L'extraction par voie nasale; le troisième cas a exigé le morcellement du rhinolithe à l'aide d'une forte pince.

Lewenfisz. Un cas d'angiome caverneux du pavillon. L'auteur décrit un cas de cette rare tumeur du pavillon chez un malade de 16 ans. L'hémorragie abondante aprés une traumatisation de l'oreille le fit cherchez un secours médical. La diathermie resta sans effet et c'était seulement la ligature de la carotide externe qui arréta l'hemorragie. On a fini le traitement par plusieurs séances de diathermie.

Lubliner. Paracentèse du tympan. L'auteur s'occupe de la question des indications de la paracentèse. Selon lui, on doit faire la paracentèse quand il existe des signes généraux graves, des signes objectifs nets du côté de la membrane ou des signes d'une complication otique menaçante. Dans plusieurs cas, malgré la paracentèse précoce les complications mastoïdiennes apparaissent. L'auteur cite une observation de septicopyémie mortelle causée par la paracentèse: pendant l'opération fut blessé le golfe de la jugulaire qui a suivi un trajet irrégulier.

Małowist. Contribution à la clinique de la nevrite rétrobulbaire d'origine nasale. L'auteur cite une observation personnelle qui documente l'influence de la sinusite maxillaire chronique sur les troubles du côté du nerf optique. La malade de 44 ans fut opérée radicalement à cause d'une sinusite maxillaire gauche. Deux ans après elle a remarqué une diminution nette de la vision. L'examen ophthalmologique montra une nevrite rétrobulbaire gauche. La malade fut operée la deuxième fois. Pendant l'opération l'auteur trouva la muqueuse de la paroi supérieure du sinus très oedémateuse et très hypertrophiée. Curettage du sinus et des cellules ethmoidales (qui n'étaient pas malades) fut fait soigneusement. Quelques jours après on a constaté une grande amélioration de la vision.

L'auteur explique les troubles optiques dans ce cas par les variations circulatoires dans les cellules ethmoidales qui produisent des alternatives d'anémie ou d'hyperémie au niveau du nerf optique.

Michna. Un cas d'otite et de mastoïdite diphtérique. Déscription d'un cas d'otite et de la mastoïdite aigüe d'origine diphtérique au cours benin chez une malade de 26 ans. Le traitement conservateur qui consistait à introduire plusieurs fois par jour

dans le conduit, aprés nettoyage et désinfection de l'oreille externe, une mèche de gaze imbitée du serum antidiphtérique, a donné les resultats satisfaisants.

Miodoński. Diplacousie au cours des syndromes de Menière. Le malade de 34 ans, ouvriér, présente des crises de vertige qui remontent à trois semaines. Le début en était brusque et la crise succéda à une grippe. Quelques jours après le malade remarqua l'échoacousie c. a. d. l'audition double, dans laquelle il a aperçu un son unique deux fois, comme deux sons succéssifs. L'examen otologique montra les symptômes labyrinthiques (hypoexcitabilité) du côté du labyrinthe droit sans affection de l'oreille moyenne. L'auteur diagnostique la maladie de Menière. Selon lui, diplacousie échotique dépend dans ce cas de l'incoordination des centres acoustiques à cause de la lésion de l'appareil de la perception.

Pragier. Mastoïdite évoluant vers la pointe du rocher. Il s'agit d'un enfant de 3 ans atteint d'une otite et d'une mastoïdite scarlatineuse. L'examen montre une region sous-auriculaire trés douloureuse à la pression, la tumefaction douloureuse de l'articulation maxillaire, le trismus très marqué et enfin la sténose concentrique du conduit, dont les parois sont épaissies, infiltrées; le suintement abondant, purulent de la partie antero-inférieure du tympan. Pendant l'opération on a trouvé la pneumatisation rétardée de l'apophyse; dans la partie inférieure-externe de la pointe du rocher un abcès. Quant à l'étiologie de cet abcès l'auteur suppose l'infection par voie sanguine; parmi les causes prédisposantes il souligne l'influence du terrain: d'abord la pneumatisation exagerée des cellules de la pointe.

Rakowski. Sur la question de la fatigue auditive. L'auteur s'occupe de la question très interessante de l'influence du travail professionnel sur la fatigue de la perception osseuse. Les recherches n'ont prouvé que la certaine diminution de la perception osseuse pour le diapason C_{128} sous l'influence de la fatigue aprés le travail physique de même qu'après chaque effort intellectuel. L'épreuve de Schwabach avec le 128 montre au bout de quelques heures du travail la durée de la conductibilité aérienne moins prolongée qu'auparavant.

Schwarzbart. Un cas de mastoïdite de Citelli. L'auteur décrit un cas de mastoïdite de Citelli chez une malade de 27 ans dans le 10-me mois lunaire de sa grossesse. Le processus se dé-

veloppait sans symptômes et ce n'etait que l'abcès rétromastoïdien qui attira l'attention de la malade sur son oreille. L'auteur, aprés un examen détaillé, posa diagnostic de la mastoïdite de Citteli. La malade fut opérée immédiatement. Pendant l'intervention on a trouvé la communication entre les cellules mastoïdiennes et la cavité de l'abcès par le trou stylo - mastoïdien. Guérison.

Sonnenschein. Faits cliniques concernant les voies respiratoires supérieures Nous trouvons ici quelques observations personnelles de l'auteur du domaine des maladies du nez, de la gorge, du larynx et de l'oesophage: 1) deux cas de corps étrangers du nez; 2) la gomme syphilitique de la cloison nasale traitée comme une déviation de la cloison; 3) un cas du rhumatisme récidivant d'origine dentaire; 4) un cas d'abcès périamygdalien inférieur; 5) un cas de perichondrite arytenoïdienne gauche; 6) une aiguille dentaire dans le larynx; 7) un cas de corps étranger dans l'oesophage.

Srebrny. Les troubles trophiques du larynx, sont ils necessaires pour le developpement de la tuberculose laryngée? L'auteur discute au point de vue de l'étiologie de la tuberculose laryngée la théorie de Erbrich sur l'influence des troubles trophiques du larynx provoqués par l'irritation du sympatique cervical sur cette lésion. Il arrive à la conclusion que ce n'est que la constitution de l'organisme et sa disposition et pas des troubles trophiques du larynx qui aident aux bacilles de Koch dans leur travail déstructif. La théorie de Erbrich ne noux explique pas la tuberculose primitive du larynx.

Szmurło. Des quelques rares malformations du pavillon de l'oreille. L'auteur émet quelques réflexions sur la structure du pavillon et décrit plusieurs cas da sa malformation. Dans un cas il s'agissait des anomalies multiples des deux pavillons touchant leurs diverses parties. Dans l'autre la malformation était aussi bilatérale et présentait une anomalie connue sous le nom du „pavillon de chat". Le troisième cas présentait une rare variation de la même anomalie unilatérale où la partie supérieure du pavillon était excessivement pliée en avant. Dans le quatrième cas une fistule congénitale siégeait sur la partie ascendante de l'helix—localisation très rare—et l'incisure intertragique était excessivement large.

Szumowski. Un cas rare d'extraction d'une agrafe de l'oesophage. Un nourrisson agé de 18 jours a avalé une

agrafe ouverte que lui avait donnée sa soeur ainée. Radiographie a montré le corps étranger dans l'oesophage, au dessus du cardia. L'oesophagoscopie sans anesthésie. Pendant l'opération une trés grave asphyxie. Trois jours après l'oesophagoscopie a été faite de nouveau. L'auteur a trouvé l'agrafe, qu il a saisie par sa tête avec les pinces de Brünings et il l'a extraite par le tube.

Tryjarski. Deux cas des corps étrangers dans le nez. L'auteur donne en résumé la déscription de deux observations de ce genre: dans le premier cas il a trouvé une balle de revolver dans le nez entre le cornet moyen et la cloison nasale, dans le deuxième—un éclat d'obus dans le méat nasal moyen. Extraction des corps étrangers sous l'anesthèsie locale.

Tuz. Sur traitement des sténoses chroniques du larynx et de la trachée. L'auteur étudie la question du traitement conservateur et chirurgical des sténoses chroniques du larynx et de la trachée. Il passe en revue les moments étiologiques comme: la diphtérie, la fièvre typhoide, les corps étrangers dans les voies respiratoires supérieures, les différentes catégories des gaz de guerre (surtout l'ipérite), l'intubation laryngienne malfaite, crico-trachéotomie, il s'arréte sur la question de l'anatomie pathologique de ces lésions et sur les différentes méthodes thérapeutiques. Parmi les méthodes dilatatrices la meilleure est la dilatation prolongée à l'aide d'un tube de caoutchouc ou l'intubation systématique qui pourtant ne doivent être executées qu'aprés la trachéotomie.

Quant aux méthodes chirurgicales des sténoses laryngées ou trachéales il faut savoir que toutes les formes graves, et tout particuliérement les sténoses chondrales, seront traitées par voie externe, par laryngotomie ou par laryngostomie.

Wąsowski. L'influence de l'anesthésie générale par l'avertine sur l'appareil vestibulaire. L'auteur rend compte des expériences faites sur les lapins pour démontrer l'influence de l'avertine sur les réflexes labyrinthiques. Il a enregistré au kymographion les mouvements oculaires des lapins narcotisés, de même que ceux qui dépendaient de la réaction calorique. Pour ce but il joignait la cornée de l'oeil avec un régistrateur fin permettant d'enregistrer tous les mouvements de l'oeil. Les réflexes statiques et stato-cinétiques ont été examinés par la méthode de Magnus.

Les recherches démontrent qu'une faible dose de l'avertine pro-

voque un rétardement du réflexe calorique, une dose plus forte — sa suppression complète. De même les réflexes statiques et stato-einetiques ont été trés influencés par l'avertine.

Wolner. Un cas de la maladie de Menière. Il s'agit d'une malade de 19 uns qui pendant les règles fut subitement atteinte d'une crise des bourdonnements d'oreille, des vertiges et de la fatigue. Les symptômes ci-décrits, auxquels s'étaient joints les vomissements, ne disparaissaient que dans la position couchée de la malade. L'examen révèle: le nystagmus spont. horizont. à droit, Weber latéralisé à droit, Rinné positif, Schwabach diminué sur l'apophyse gauche. L'hypoacousie gauche trés marquée (v. ch —1.0). Hypoexcitabilité calorique et rotatoire du labyrinthe gauche. Diagnostic — la maladie de Menière avec l'hémorragie labyrinthique.

Wołkowyski. L'otite moyenne aiguë et la mastoïdite chez les enfants. Les données statistiques obtenues sur les materiel de la clinique O. R. L. de Wilno prouvent que l'otite moyenne aiguë chez les enfants et surtout chez les nourrissons est une maladie relativement très fréquente. Sur 3803 malades ambulatoires il y a 334 atteints d'otite pur. aiguë (8,8%) de quoi les enfants jusqu'à l'âge de dix ans, 157 en nombre de 47% présentent toutes les otites aiguës. Parmi les enfants le plus souvent succombent ceux de la premiére période de cinq ans (84%). En général les garçons succombent plus souvent (57%) que les fillettes (42%); le côté droit est plus sujet (47%) à la maladie que le côté gauche (36%). Quant aux complications mastoïdiennes l'auteur souligne qu'ils sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Sur 211 cas d'otite purulente aiguë chez les enfants jusqu'à l'âge de dix ans il y a eu 64 mastoïdites (30%).

Zuberbier. Au traitement du sclérome. Se basant sur 60 cas de sclérome, traités dans la clinique O. R. L. de Varsovie depuis 1928 par la radiothèrapie profonde, par electrocoagulation et chirurgicalement l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

1. Les meilleurs résultats, presque guérison, donne l'application des rayons X. sur les foyers du sclérome.
2. Il faut commencer le traitements le plutôt possible.
3. Quant au traitement des cicatrices retrécissant les voies respiratoires –c'est la diathérmie qui donne des résultats excellents.